

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MAESTRÍA EN GERENCIA DEL BIENESTAR SOCIAL**

**IMPLICACIONES SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS DE ACCIDENTES DE
TRABAJO EN PACIENTES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO
DR. ARNULFO ARIAS MADRID, SERVICIO DE ORTOPEDIA,
PERIODO 2004-2006**

**POR:
DAYSI AGUILAR TEJADA**

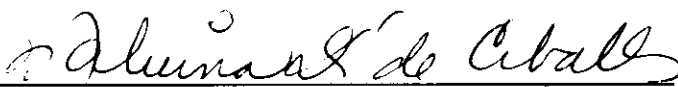
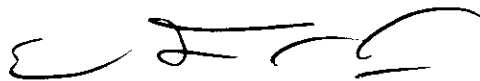
**TESIS PARA OPTAR AL GRADO
DE MASTER EN GERENCIA DEL
BIENESTAR SOCIAL**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2007

18 MAY 2010

JURADO CALIFICADOR



AGRADECIMIENTOS

Un trabajo de tal envergadura requiere de un extenso eslabón, en el cual emergen muchas situaciones y personas. Sería injusto agradecer solamente a los colaboradores cercanos o inmediatos por los derivados en cada fase.

Creo que agradeciéndole a Dios las capacidades y destreza que me ha permitido, también, a toda su creación aglutino todos mis

agradecimientos, porque sin **Nosotros** no podemos nada, ni somos nada.

ÍNDICE GENERAL

Págs.

Jurado Calificador	
Agradecimiento	
Índice General	
Índice de Cuadros	
Índice de Gráficas	
Índice de Anexos	
Resumen Ejecutivo	1
Summary	2
I INTRODUCCIÓN	
1. Introducción.....	4
1.1. Antecedentes del Problema.....	9
1.2. Situación Actual del Problema.....	17
1.3. Planteamiento del Problema.....	19
1.4. Justificación e Importancia del Problema.....	24
II MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL	
2. Marco Teórico Conceptual.....	31
2.1. Servicio de Ortopedia, Área Quirúrgica, Hospitalización y Consulta Externa.....	32
2.1.1. Gestión Administrativa.....	32
2.1.2. Área Física.....	33
2.1.3. Clínicas o Grupos de Trabajo.....	34
2.1.4. Atención Quirúrgica.....	35
2.1.5. Cirugías Electivas.....	35
2.1.6. Cirugía Ambulatoria.....	35
2.1.7. Atención a Pacientes Hospitalizados.....	36
2.2. Teorías Modernas Relacionadas al Contexto de la investigación.....	37
2.2.1. Teoría de la Organización Burocrática.....	38
2.2.2. Calidad Total.....	38
2.2.3. Calidad de Vida.....	40
2.2.4. Reingeniería.....	41
2.2.5. El Gerente como Estratega.....	44

2.2.6.	Privatización.....	45
2.2.7.	Globalización.....	47
2.2.8.	El Proceso de Modernización en Salud.....	48
2.3.	Términos y Explicaciones Ligadas al tema de Investigación.....	51
2.3.1	Seguro.....	51
2.3.2	Seguro Social.....	52
2.3.3	Seguridad Social.....	53
2.3.3.1.	Principios de la Seguridad Social.....	55
2.3.3.2.	Principios de la Seguridad Social Panameña.....	57
2.3.4.	Riesgos Profesionales.....	61
2.3.5.	Accidente de Trabajo.....	61
2.3.5.1.	Accidente con Ocasión.....	63
2.3.5.2.	Accidente de Trayecto.....	63
2.3.6.	Consecuencias de los Accidentes de Trabajo.....	65
2.3.7.	Implicaciones Familiares.....	65
2.3.8.	Enfermedad Común.....	65
2.3.9.	Enfermedad Profesional.....	68
2.3.10.	Condiciones de Trabajo.....	69
2.3.11.	Empleo.....	69
2.3.12.	Empresa.....	70
2.4.	Prestaciones Médicas, Prótesis y Ortopedia.....	70
2.4.1.	Subsidio por Incapacidad Temporal.....	72
2.4.2.	Incapacidad Permanente.....	73
2.5.	Recursos y Financiamiento.....	77
2.6.	Denuncia de los Accidentes.....	80
2.7.	Importancia del Aviso de Entrada.....	82
2.8.	Administración.....	84
2.8.1.	Control.....	85
2.8.2.	Dirección.....	85
2.8.3.	Organización.....	85
2.8.4.	Planeación.....	85

III DISEÑO METODOLÓGICO

3.	Diseño Metodológico.....	88
3.1	Objetivos de la Investigación.....	88
3.1.1	Objetivos Generales.....	88
3.1.2	Objetivos Específicos.....	89
3.1.3	Objetivos Terminales.....	89

3.2.	Hipótesis.....	90
3.2.1	Hipótesis Científica.....	90
3.2.2	Hipótesis Nula.....	90
3.3.	Las Variables.....	91
3.3.1.	Variable Independiente.....	91
3.3.2.	Variable Dependiente.....	91
3.4.	Área de Estudio.....	91
3.5.	Universo y Muestra del Estudio.....	92
3.6.	Tipo de Estudio.....	95
3.7.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos....	97
3.7.1.	Observación Participante.....	98
3.7.2.	La Observación Documental.....	98
3.7.3.	Entrevista.....	98
3.7.4.	Cuestionario.....	100
3.7.4.1.	Uso del Cuestionario.....	100
3.7.4.2.	Ventajas de los Cuestionarios.....	101
3.7.4.3.	Forma de Presentación del Cuestionario...	102
3.8.	Los Recursos.....	104
3.8.1	Recurso Humano que colaborará en el Estudio.	104
3.8.2	Recursos Económicos.....	106
3.8.3	Recursos Técnicos.....	107
3.9.	Gastos.....	107
3.9.1.	Gastos Tangibles.....	107
3.9.2.	Gastos Intangibles.....	108
3.10.	Cronograma de Actividades.....	109
IV	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	
4.	Análisis e Interpretación de los datos.....	111
4.1	Dato.....	111
4.2	Lista de Tablas y Figuras.....	112
	Conclusiones.....	171
	Recomendaciones.....	175
	Propuesta.....	179
	Bibliografía	
	Anexos	

Índice de Cuadros

Págs.

Nº de Cuadros

1-Pacientes encuestados según grupo de edad y sexo.....	113
2-Pacientes encuestados sobre su apreciación de la duración del trámite de las prestaciones económicas del proceso administrativo del Programa de Riesgos Profesionales.....	116
3-Pacientes encuestados por sector donde labora, según su apreciación en cuanto al tiempo de pago de los cheques de incapacidad.....	119
4- Pacientes encuestados por su apreciación acerca de la frecuencia en el pago de los cheques de incapacidad.....	123
5- Pacientes encuestados por tenencia de ahorros cuando ocurrió el accidente, según número de dependientes.....	126
6- Pacientes encuestados por sexo y tenencia de dinero ahorrado al momento del accidente, según sector donde labora.....	129
7- Pacientes encuestados por sexo, según estatus laboral de su grupo familiar.....	132
8- Pacientes encuestados por edad y modalidad de retiro del cheque....	136
9- Pacientes encuestados por sexo, según concepto si hacía “camarones” antes del accidente.....	140
10- Pacientes encuestados por sector donde labora, según si hacía “camarones” antes del accidente.....	144
11- Pacientes encuestados por tipo de relaciones familiares post accidente, según número de dependientes.....	147
12- Pacientes encuestados por sexo, según sus relaciones familiares post accidente.....	150
13- Pacientes encuestados por sector donde labora, según frecuencia de atraso en el pago de luz, agua y teléfono.....	153
14- Pacientes encuestados por frecuencia de ayuda económica familiar, según atraso en el pago de servicios básicos.....	157
15- Pacientes encuestados por aumento de gastos en transporte después del accidente, según distrito de residencia.....	160
16- Pacientes encuestados por disminución en gastos en alimentación, según frecuencia en inversión de dinero adicional de salud.....	164
17- Pacientes encuestados por sexo, según si considera que las implicaciones de su accidente guardan relación con la demora de los procesos administrativos del Programa de Riesgos Profesionales.....	167

Índice de Gráficas

Págs.

Nº de gráficas

1-Pacientes encuestados según grupo de edad y sexo.....	114
2-Pacientes encuestados sobre su apreciación de la duración del trámite de las prestaciones económicas del proceso administrativo del Programa de Riesgos Profesionales.....	117
3-Pacientes encuestados por sector donde labora, según su apreciación en cuanto al tiempo de pago de los cheques de incapacidad.....	120
4- Pacientes encuestados por su apreciación acerca de la frecuencia en el pago de los cheques de incapacidad.....	124
5- Pacientes encuestados por tenencia de ahorros cuando ocurrió el accidente, según número de dependientes.....	127
6- Pacientes encuestados por sexo y tenencia de dinero ahorrado al momento del accidente, según sector donde labora.....	130
7- Pacientes encuestados por sexo, según estatus laboral de su grupo familiar.....	133
8- Pacientes encuestados por edad y modalidad de retiro del cheque....	137
9- Pacientes encuestados por sexo, según concepto si hacía “camarones” antes del accidente.....	141
10- Pacientes encuestados por sector donde labora, según si hacía “camarones” antes del accidente.....	145
11- Pacientes encuestados por tipo de relaciones familiares post accidente, según número de dependientes.....	148
12- Pacientes encuestados por sexo, según sus relaciones familiares post accidente.....	151
13- Pacientes encuestados por sector donde labora, según frecuencia de atraso en el pago de luz, agua y teléfono.....	154
14- Pacientes encuestados por frecuencia de ayuda económica familiar, según atraso en el pago de servicios básicos.....	158
15- Pacientes encuestados por aumento de gastos en transporte después del accidente, según distrito de residencia.....	161
16- Pacientes encuestados por disminución en gastos en alimentación, según frecuencia en inversión de dinero adicional de salud.....	165
17- Pacientes encuestados por sexo, según si considera que las implicaciones de su accidente guardan relación con la demora de los procesos administrativos del Programa de Riesgos Profesionales.....	168

Índice de Anexos

Nº

Nombre

- 1- Organigrama de la Caja de Seguro Social.
- 2- Procedimiento para el trámite y pago de los subsidios de incapacidad temporal por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales nº164-95.
- 3- Cuestionario de la investigación.
- 4- Cuadros con información concerniente a la muestra de la investigación.

RESUMEN EJECUTIVO

Los individuos requieren de una serie de condiciones específicas que le permitan una vida larga y saludable. Es aquí donde emerge el tema de la seguridad social como la plataforma para conservar su salud y a su vez generar el ingreso económico esencial, logrando satisfacer una escala de necesidades inherentes al ser humano.

El enfermarse o accidentarse es un hecho que no se puede predecir. Ante el tratamiento que supone una enfermedad y otras implicaciones nace un organismo que garantiza la salud y se preocupa por el bienestar de los enfermos, otorgándoles prestaciones médicas y económicas para sobrevivir en su ambiente en condiciones de desventaja por presentar un problema de salud temporal o crónico. La Caja de Seguro Social es la garantía de protección para las personas de toda índole en las etapas de su vida.

El principal impacto para quien sufre un accidente de trabajo se refleja en la ausencia de dinero para cumplir con sus responsabilidades. El pago de incapacidades de parte del Seguro Social es dilatado y se produce una crisis socioeconómica en el asegurado y en su grupo familiar. La investigación profundiza en la medida de lo posible, lo referente a las implicaciones que emergen de un accidente de trabajo y que paulatinamente transforman los estilos de vida de hombres y mujeres.

Esta investigación acerca de las Implicaciones de Accidentes de Trabajo en Pacientes del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid, Servicio de Ortopedia, durante el periodo 2004 - 2006 se basa en la situación panameña de un grupo de asegurados en materia de Riesgos Profesionales; partiendo del hecho de que el bienestar social atañe a todas las instituciones que desarrollen programas y acciones preventivas a favor de la sociedad. Se estima de importancia concebir un servicio moderno que ayude a atenuar la problemática de quienes se accidentan en el área laboral y que acuden a la Caja de Seguro Social, Programa de Riesgos Profesionales.

La metodología utilizada en la investigación es mixta; emplea paralelamente el enfoque cualitativo y cuantitativo. Se utilizaron técnicas de recolección de datos tales como: la observación, la entrevista y el cuestionario. El tipo de estudio es descriptivo y la muestra es simple al azar; fue extraída de 76 pacientes atendidos por Riesgos Profesionales.

EXECUTIVE SUMMARY

The individuals require of a series of specific conditions that allow them a long and healthy life. It is here where the topic of the social security emerges as the platform to conserve its health and, in turn, to generate the essential economic income, being able to satisfy a scale of inherent needs to the human being.

Getting sick or having an accident is a fact that you cannot predict. Before the treatment that supposes an illness and other implications, an organism that guarantees the health is born and it worries about the well-being of the sick persons, giving them medical and economic benefits to survive in its environment under disadvantage conditions to present a temporary or chronic problem of health. The C.S.S. is the protection guarantee for people of all nature in the stages of its life.

The main impact for who suffers a work accident is reflected in the absence of money to comply with its responsibilities. The process for the payment of inabilities on behalf of The Social Security is extensive and a socioeconomic crisis takes place in the insured and its family group. The investigation deepens, insofar as possible, in regard to the implications that emerge from a work accident and that gradually transform the lifestyles of men and women.

This investigation is about the implications of work accidents in patients of the Metropolitan Complex Hospital, Dr. Arnulfo Arias Madrid, service of Orthopedics, during the period 2004-2006, based on the Panamanian situation of insured people to professional risks, taking into consideration the fact that the social well-being concerns to all the institutions that develop programs and preventive actions in favour of the society. It is important to conceive a modern service that helps to attenuate the problem of those who have an accident in the working area and that go to the Program of Professional Risks of the Social Security Agency.

The methodology used in the investigation is mixed; it uses the qualitative and quantitative focus parallelly. There were used technical methods to obtain data such as: the observation, the interview and the questionnaire. The type is descriptive and the sample is simple at random; it was extracted from 76 patients assisted by the Program of Professional Risks.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La población actual, igual que sus ancestros, siempre se ha preocupado por la búsqueda de mejores oportunidades, por innovar y perfeccionar su área circundante. Tal esfuerzo surge mediante un proceso que incluye una vida prolongada y saludable, educación y acceso a recursos para tener un nivel de vida decente.

Panamá, es un país del tercer mundo, el cual requiere de un arduo trabajo, de compromisos individuales y colectivos para superar este atraso. Un punto fundamental al respecto lo constituye el tema de la Seguridad Social, ya que una población con deficiencias de salud no puede converger hacia el progreso.

La Seguridad Social, entendida en función de la idea de riesgo social, se materializa en un conjunto de medidas establecidas por el Estado con el objetivo de proporcionar protección y atención necesaria contra riesgos y contingencias de infortunios y calamidades. Sin embargo, la respuesta del Programa de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social (C.S.S) es criticada como demorada y por ende alienta y refuerza el desequilibrio de quien se accidenta.

Un aspecto fundamental dentro de la Seguridad Social es el servir de paliativo a los que sufren accidentes de trabajo y de ayudar a mitigar las implicaciones familiares de los accidentados, ya que de acuerdo a los entendidos en la materia, los que requieren un tratamiento médico prolongado a consecuencia de su lesión son víctimas de tal desmedro que los cautiva en una crisis familiar, social y laboral que decrece su nivel de vida. Son personas que se convierten relativamente en seres dependientes de su entorno.

Existen estudios parciales de las implicaciones que ocasiona un accidente laboral, ellos resaltan dificultades económicas y personales y revelan algunos agravios del trastorno ambiental del paciente. Para efectos de esta investigación se profundizará, en la medida de lo posible, en las implicaciones que emergen de un accidente de trabajo en pacientes del servicio de ortopedia y denotaremos cambios que paulatinamente transforman los estilos de vida de estos hombres y mujeres.

Otro aspecto que se investigará es acerca del pago dilatado de los cheques de incapacidad, lo cual se ha convertido en un fenómeno recurrente del Programa de Riesgos Profesionales en materia de la

Seguridad Social panameña.

El desarrollo del tratamiento médico del paciente va evidenciando las limitaciones integrales del accidente en un empleado. Todas ellas limitaciones que frecuentemente segregan al trabajador de su vida cotidiana e incrementan así el problema socioeconómico del asalariado.

Ante estos hechos se infiere que las personas discapacitadas adolecen de múltiples obstáculos para reintegrarse a su nuevo entorno, ya que cuentan con menos recursos. Son individuos que de jefes de hogar se transforman en seres dependientes y discriminados.

La situación de desempleo en Panamá, según cifras de la Contraloría General de la República, del año 2006, el desempleo es de 8.6%, para la población económicamente activa. Es una cifra importante; se trata de una realidad difícil para los desempleados. Aunada a ésta situación, la discapacidad provisional o crónica de quienes sufren un accidente de trabajo los hace más proclives al desempleo que quienes se encuentran saludables. Sólo el que goza de salud podrá ser una persona productiva para el país y para

otras células de la sociedad como la familia, organizaciones y diferentes élites de la población.

En términos generales el compromiso de la seguridad social se centra en soluciones integrales que mejoren la calidad de vida de los afiliados, de sus familiares y de su comunidad; por ello es oportuno identificar las deficiencias del Programa de Riesgos Profesionales y proponer soluciones inmediatas para brindar un servicio de calidad y favorecer la estabilidad y el crecimiento de la institución.

El bienestar social de los individuos, de grupos familiares y comunitarios es vital, satisfacer las necesidades indispensables de modo compatible con la dignidad humana es la aspiración de los seres humanos. Herramientas como las que ofrece la Maestría en Gerencia del Bienestar Social son elementales para idear nuevos proyectos, asesorar al personal a través de la formación, supervisión y organización de sistemas que sean accesibles y apropiados a las necesidades de aquellos que los usan; a su vez dar respuesta a la preocupación colectiva de la sociedad. Para el caso que nos ocupa esto implica preocuparse por redefinir una oferta sobre este servicio social y a la vez proponer a la institución en estudio fortalecer la labor que desarrolla.

Como futuro gerente social deseamos colaborar con la población panameña, específicamente en el tema de la seguridad social. Este trabajo de graduación se ha formulado con la idea de pormenorizar la situación que se vive actualmente en el ámbito de los pacientes del Programa de Riesgos Profesionales, a fin de sustentar la conformación de un servicio moderno y eficiente que supere la problemática del momento.

La estructura de esta tesis de grado está plasmada en cuatro (4) capítulos. El primero contiene información acerca de los antecedentes del problema, situación actual del problema, el planteamiento del problema estudiado, la justificación; y la importancia que reviste a este trabajo investigativo.

El segundo capítulo revela el marco teórico-conceptual; evidencia una serie de teorías significativas y válidas para un adecuado enfoque del problema a investigar, así como lo referente a la legislación vigente de los Riesgos Profesionales, además, destaca las prestaciones médicas y económicas a las que tiene derecho el asegurado; las que a su vez redundan en sus dependientes y beneficiarios. Luego se incluyen los conceptos más relevantes y se establecen relaciones con el objeto de estudio de esta investigación; señalamos los recursos y financiamientos que los integran.

El tercer capítulo enuncia la metodología del trabajo; compuesta por los objetivos, las hipótesis, las variables, el área de estudio, universo y muestra, el tipo de estudio, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los recursos y por último los gastos que se derivaron de la investigación.

El cuarto capítulo reúne el análisis y la interpretación de los datos. Al final se presentan una serie de conclusiones y recomendaciones que se consideran fundamentales; seguida de nuestra propuesta y de la bibliografía, más los anexos de interés.

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El transcurso de los años deja atrás épocas anteriores y con ellas huellas indelebles de lo que en un momento dado perteneció al primer estado de las cosas. Observar la vestimenta, los medios de comunicación o las moradas de hombres y mujeres de décadas pasadas las percibimos en la actualidad como ejemplos anacrónicos de civilizaciones poco evolucionadas; son cambios que cada día penetran en las generaciones con mayor celeridad. El aislarse y permanecer estático no hace inerte a una sociedad en particular y con ella su evolución en sus diferentes ámbitos.

Al principio de la historia del ser humano, éste requirió de algunas herramientas para sobrevivir en el medio en que se encontraba. Así utilizó sus manos como primera herramienta, lo que hizo que la fuerza física fuera determinante para su supervivencia. Ésta situación denotó la relevancia de conservar la salud y considerarla fuente de subsistencia. En consecuencia la gente se preocupó por la medicina; como ciencia destinada al estudio, prevención, tratamiento, rehabilitación de accidentes y enfermedades.

Desde las edades más remotas el individuo conoció una medicina rudimentaria, de aplicaciones empíricas, y otra de sus convicciones supersticiosas. La trepanación y su particular método curativo o de diagnóstico se conserva como uno de los más vivos ejemplos de la medicina arcaica, donde se practicaba una operación que consistía en horadar el cráneo y los huesos. En el Egipto Helenístico, Romano y Bizantino ya se practicaba una cirugía racional para heridas y fracturas, y entre los Hebreos de los tiempos de Salomón (978 – 931 a. de JC.) se hacían amputaciones y se usaban miembros artificiales. Paulatinamente se introduce la química en la medicina. En el siglo XVIII d. de JC. la medicina moderna aparece firmemente apoyada en las bases naturales y científicas.

El hombre con el tiempo ha ido perfeccionando los utensilios indispensables para satisfacer cada vez más las necesidades prevalecientes en su medio ambiente. Este constante desarrollo le ha permitido a los seres humanos reemplazar los distintos productos y servicios, y con ellos ha emergido la necesidad de proteger los mismos.

Al principio de la humanidad los bienes de los individuos se limitaban a las cosas sencillas, necesarias para la vida primitiva, pero con el desarrollo de la civilización moderna, con una enorme creación de riquezas, comodidades y lujos, los bienes son mayores y las posibilidades de perderlos se han multiplicado por factores incontrolables del entorno. Conscientes de la posibilidad de sufrir un daño, o una pérdida, nacen los seguros como la forma adecuada de hacer frente a los riesgos.

Resulta interesante saber que los primeros indicios de seguridad datan desde cuando los seres humanos experimentaron daños o pérdidas de sus recursos. Las primeras manifestaciones de algo remotamente parecido al seguro están basadas en los principios de solidaridad de los miembros de determinados grupos humanos (familia, tribu, comunidad, etc.) hacia sus miembros, víctimas de sucesos funestos; ofreciendo socorro y ayudas

desinteresadas, inspirados en sentimientos de pura filantropía. Posteriormente son reconocidos los seguros que consistían en un cuantioso préstamo concedido por acaudalados comerciantes a los navieros para financiar los viajes marítimos.¹

El deseo de seguridad es una de las características fundamentales del ser humano. A medida que la sociedad se fue desarrollando con el pasar de los siglos, este deseo se hizo cada vez más fuerte e insistente, ya que el hombre no tardó en percatarse que él no podía de manera aislada superar todas las dificultades que surgen en su vida. Por eso la protección del trabajador en caso de enfermedades o accidentes de trabajo ha sido y es una de las funciones más antiguas de la Seguridad Social. El problema originado por los riesgos de trabajo es tan remoto como el trabajo antiguo.

Producir los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decoroso y proveer de bienestar a las personas queridas; proporcionarles no sólo las cosas necesarias para la vida, de acuerdo a su situación económica, es el principal objeto de hombres y mujeres. Es un factor estrictamente ligado a

¹ Hernández Olegario De Prado. Trasadores de Seguros, Incendios y Riesgos Diversos. Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid. (COAM). Impresión: GRAFICINCO, S.A. Madrid. 1992 Pág. 3.

tener salud y a su vez un ingreso; situación que ha motivado la afiliación al seguro social de trabajadores y trabajadoras.

Los seguros siguieron proliferando hasta proteger a los trabajadores contra enfermedades o accidentes de trabajo. “En Panamá con la Ley 6ª del 6 de noviembre de 1914, en la que se reguló las jornadas de 8 horas de trabajo y el descanso dominical, se reveló el más remoto precedente relativo a la protección de los trabajadores. Lo que puso freno a las largas jornadas de trabajo a que fueron sometidos los trabajadores durante y después de la construcción del Ferrocarril y el Canal de Panamá”.²

Posteriormente se acrecienta la protección a los trabajadores cuando mediante la Ley 23 de 21 de marzo de 1941 es fundada la Caja de Seguro Social. Dicha ley empezó a regir a partir del 31 de marzo de ese mismo año. La institución (C.S.S.) fue creada para responder por la gestión del régimen de seguridad social en Panamá, con el sentido de proveer a la población asegurada prestaciones a corto y largo plazo sobre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, orfandad, auxilios de funeral, accidentes de

² Quintero de Mérida Melva. La Seguridad Social en Panamá. Series Monográficas 18. Editorial Piensa S.A. Octubre de 1995. Pág.3.

trabajo y enfermedades profesionales. De allí que la gestión de esta institución de seguridad social panameña se realiza a través de cuatro programas básicos como: Invalidez, Vejez y Muerte, Enfermedad y Maternidad, Riesgos Profesionales y Administración.

Los años han marcado una serie de cambios en torno a la seguridad social y la Ley ha recibido modificaciones por diferentes gobiernos; los cambios más drásticos se han sentido en los Programas de Invalidez, Vejez y Muerte, y Enfermedad y Maternidad. Inferimos que es porque dichos programas han declarado déficit en otras ocasiones. En cuanto a Riesgos Profesionales las cifras de déficit han sido menos recurrentes.

La edad de jubilación y la cantidad de cuotas determinadas han sido los elementos más atractivos para recibir modificaciones y así paliar las crisis económicas del Seguro Social en diversos periodos. Entre las modificaciones que mayormente han impactado en la población nacional tenemos a la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005 (G.O. N° 25,453). Sus principales cambios apuntan al incremento de las cotizaciones y un aumento de la edad de jubilación, ambos elementos necesarios para recibir una pensión de vejez.

Todos ellos, aspectos fundamentales que aún están siendo asimilados por los usuarios de la Seguridad Social.

Los antecedentes del servicio de ortopedia se remontan a 1963, año en que se inauguró el mismo en el nuevo Hospital General de la C.S.S; en 1978 se trasladó al nuevo Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid (C.H.M. Dr. A.A.M.), en donde se le asigna el 5º piso, con un aumento en el número de camas que hoy llegan a 68.³

Vale destacar que en el servicio de ortopedia y traumatología existe un grupo de trabajo constituido por médicos especialistas, residentes e internos, además de otros profesionales como: enfermeras, auxiliares, trabajadora social, etc. que utilizan los medios y recursos apropiados y disponibles para los pacientes.

En el Programa de Riesgos Profesionales existen precentes de algunas críticas con relación a la atención de pacientes, asociadas al manejo administrativo de sus casos, aunadas a la demora en el pago de cheques de

³ Caja de Seguro Social. Manual de Organización del Servicio de Ortopedia y Traumatología. 2006. Pág. 2-7

incapacidad y acerca de las implicaciones de accidentes laborales de los accidentados, más su readaptación al entorno familiar y laboral.

En los últimos años mediante estudios de la Gerencia del Bienestar Social se han llevado a cabo, investigaciones, publicaciones y amplia literatura con el fin de proponer nuevos espacios en el ejercicio de propuestas y proyectos con el objetivo de constituir nuevas posiciones y organizaciones vinculadas a la práctica de la Gerencia Social. Se intenta formar agentes encargados de administrar las operaciones, procesos y políticas del ámbito social que hagan factible el suministro de servicios y bienes básicos al igual que la incorporación de fuerza de trabajo.

La tratadista María Muñoz es de la opinión de que debe existir un enlace entre lo “privado” y lo “público” en el ámbito de la gerencia social en lo referente a la administración, puesto que permite dar un perfil empresarial a las organizaciones de servicios sociales.⁴ Es imprescindible el dinamismo de las autoridades con miras a resolver los problemas de la seguridad social por los medios más viables.

⁴ Muñoz, María. Gerencia Social, una Propuesta para el Desarrollo en Gerencia Social. Una Alternativa para el Desarrollo Humano. Cuadernos de Trabajo Social N°3. CONAETS. Colombia. 1996. Pág.16.

1.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA

Tal como se ha señalado en páginas anteriores, los problemas que se perciben como básicos en el campo de los Riesgos Profesionales son:

- Servicios incompletos, limitadas prestaciones médicas y reducidos subsidios económicos para los asegurados.
 - Accidentes laborales son las principales razones que originan las carencias en los asegurados y en sus familiares.
 - Pagos tardíos de los cheques de incapacidades.
 - Poca o ninguna capacitación al asegurado para reintegrarse a la sociedad luego de un accidente.
- Siendo así, entre las dudas e interrogantes que emanan del problema de la temática de la investigación tenemos las siguientes:**

- ¿Los servicios del Programa de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social ameritan ser mejorados?
- ¿Cuenta el Programa de Riesgos Profesionales con el personal, el equipo y demás insumos mínimos requeridos?
- ¿Qué otras opciones pudieran plantearse para hacer los servicios eficientes y eficaces?
- ¿Qué opinan los usuarios de la seguridad social de los servicios que

actualmente reciben en materia de Riesgos Profesionales?

¿El estilo de vida acostumbrado de quien sufre un accidente de trabajo se modifica?

¿El asegurado que sufre una lesión en el desempeño de sus funciones confronta un desequilibrio familiar?

¿En estas situaciones, los compromisos económicos se acumulan y a su vez crecen?

¿Se cambia de un ambiente laboral por uno hospitalario que irrumpe y dificulta el estilo de vida del convaleciente?

¿El paciente es presa de un estado de dependencia que lo coarta para actuar libremente debido a su lesión?

¿Los problemas de salud asociados a este estado producen nuevos gastos?

¿Los cheques de incapacidad se reciben en periodos demorados?

¿La gran mayoría de los accidentados no tiene el hábito de ahorrar?

¿En repetidos casos el paciente es el único proveedor del hogar?

¿Algunas necesidades básicas se afectan y se invierte menos dinero en éste rubro para superar la crisis que vive el asegurado?

¿El paciente y familiares adoptan nuevos roles?

¿El asegurado incurre en solicitar dinero prestado en su ambiente?

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el investigador Carlos E. Méndez, el planteamiento del problema es la etapa que permite “la realización de una descripción de los hechos o situaciones que pueden llegar a constituirse en el objeto de verificación o comprobación , por lo cual se puede identificar la situación actual”⁵.

En otras palabras el planteamiento del problema es la parte de la investigación en donde se identifican y describen los síntomas que se observan en el problema y son relevantes en la situación de estudio, pero que ameritan ser relacionados con las causas que los producen.

En este sentido, partimos manifestando que la naturaleza humana esta rodeada de alegrías y penas, de imprevistos, de hechos repentinos y violentos que desenlazan situaciones críticas, conmocionando la vida de hombres y mujeres dentro de sus diferentes roles, impactando a asegurados, igualmente a familiares o dependientes. Por ello en este numeral enfatizaremos lo relacionado al deterioro que sufre el eslabón asegurado-dependientes cuando un accidente de trabajo irrumpe en la vida de un individuo. En estas situaciones encontramos que la estabilidad del trabajador y de su grupo familiar caduca y se fortalece la inestabilidad que se resiente con cada día que

⁵ Méndez, Carlos E. Metodología . Editorial Mc Graw Hill. Colombia. 1999. Pág.63

pasa. Únicamente las personas que han sufrido un accidente laboral saben con certeza que hay detrás del mismo.

El pernoctar en un hospital o frecuentarlo es la primera etapa de cambio de quien se accidenta. El primer afectado es el paciente por el dolor o por la incomodidad que siente por la lesión sufrida. Aunado a las dificultades para asearse, alimentarse y movilizarse. El paciente hospitalizado en el servicio de ortopedia normalmente comparte una habitación con cinco personas, cada una con diversas dolencias, lo que muchas veces interfiere -por ejemplo- con las horas de sueño acostumbradas por el accidentado; entre otras cosas, no existe la privacidad de su vivienda. Además, el dolor, los diagnósticos y algunas defunciones del entorno impactan mutuamente a quienes son compañeros de una misma habitación.

Hay que anotar que las hospitalizaciones generan egresos por el apoyo que requiere el paciente del familiar responsable. Esta figura representa la parte holística del tratamiento, facilitando información relevante, aportando documentos, firmando consentimientos de tratamientos médicos cuando el paciente no puede decidir, o cuando no se siente capaz de tomar decisiones

sólo. Otra realidad es que en ocasiones es necesario conseguir o comprar pintas de sangre, aunque la Ley 17 de 31 de julio de 1986 considere ilegal la venta del preciado líquido, “se estima que el valor de una pinta de sangre oscila entre los B/.25.00 y B/.40.00 balboas o dólares”⁶. El apoyo del familiar es invaluable para que el equipo de salud pueda hacer un diagnóstico certero y concretizar el tratamiento hospitalario. Por otro lado los retos que debe asumir el grupo familiar son múltiples: contribuir con la salida del paciente del hospital, aprender a atender al paciente en la casa cuando la lesión así lo amerita, establecer regularmente contacto personal con los profesionales de la salud; surgiendo de tal forma gastos incontrolables que demandan de su tiempo y demás colaboración.

Un accidente de trabajo supone realizar trámites administrativos que incluyen: aglutinar documentos emitidos por el hospital, por el patrono del lesionado, por instituciones gubernamentales o privadas, a fin de que el asegurado denuncie el imprevisto en la agencia del seguro social más cercana a su residencia o la entidad de la C.S.S que él estime más conveniente. Este proceso puede tornarse recurrente si en algunos de los documentos presentados se perciben anomalías (que van desde copias borrosas, error o

⁶ La Prensa. Revista Ellas Donación de Sangre. Panamá. 3 de febrero de 2006. Pág. 26.

deterioro de documentos, formularios incompletos o inadecuados), que obligan al interesado desplazarse por lo menos a tres (3) lugares distintos, para lo cual hay que movilizarse en transporte colectivo o selectivo.

Al denunciar el accidente, el personal del seguro social está en condiciones de comunicarle al paciente que su probable fecha de pago oscila entre 30 y 45 días. Cabe resaltar que la misma puede dilatarse a un periodo considerablemente mayor.

El tiempo de tratamiento ambulatorio supone más incapacidades prolongadas, mayores inversiones en transporte, debido a que es posible que el paciente requiera trasladarse en transporte selectivo, o pueda hacer uso de un autobús, pero con un acompañante.

Todos estos ejemplos ponen de manifiesto como en la práctica se acaba el equilibrio de un trabajador. Es decir, cómo una persona cambia su ambiente laboral por uno hospitalario. Asimismo, cómo de un óptimo estado de salud se pasa a una dolencia frecuente y cómo un ingreso quincenal se transforma en un ingreso aislado e incierto. También cómo de la independencia se pasa a la dependencia o semidependencia.

La ausencia del salario mensual a tiempo emana incumplimiento y acumulación de compromisos para el paciente y sus dependientes, creciendo la inestabilidad económica del asegurado. La situación se incrementa y los escasos recursos económicos que el paciente adquiere son insuficientes, considerando los lapsos de tiempo entre el pago de las incapacidades y los porcentajes de cálculo utilizados por la C.S.S (los cuales no corresponden al cien por ciento del salario del empleado durante toda su incapacidad para laborar).

En fin, la rehabilitación del paciente está ligada a muchos factores, entre los que se destacan tratamientos médicos articulados a procesos administrativos demorados; la incapacidad socioeconómica del paciente para cumplir con la asistencia a las citas médicas, y otros problemas de salud que la persona presente y demás situaciones que se originan, lo que demanda mayores incapacidades y a su vez mantiene el círculo vicioso de vulnerabilidad del accidentado.

Por todos los problemas apuntados, la investigadora requiere plantear soluciones a la problemática identificada, a objeto de que la seguridad social

panameña responda con eficiencia a los asegurados que sufren accidentes de trabajo. De acuerdo a los síntomas expuestos, es palpable que esta situación es generada en un alto porcentaje por los extensos trámites administrativos que conlleva todo el proceso de denunciar el accidente de trabajo y sus ramificaciones.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

El enfermarse o accidentarse es un hecho que no se puede predecir y ante el tratamiento médico que supone una enfermedad o accidente de trabajo se manifiestan implicaciones socioeconómicas que turban la vida del paciente, de su grupo familiar o dependientes. Las alteraciones en mención motivaron a nivel mundial el nacimiento de un organismo que garantiza la salud y se preocupa por el bienestar de los enfermos, otorgándoles las prestaciones necesarias para sobrevivir en su ambiente en condiciones de desventaja por presentar un problema de salud temporal o crónica. La Caja de Seguro Social es la garantía de protección para las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de su vida, ya que su cobertura aglutina a diferentes grupos étnicos del territorio nacional.

De acuerdo a los críticos del sistema de la Caja de Seguro Social, a pesar de todas las proyecciones de diferentes administraciones, la misma presenta serios problemas en los servicios que ofrece. Es manifiesta la insatisfacción de algunos asegurados en cuanto a las prestaciones médicas y económicas que reciben. Como debe ser de conocimiento general, sufrir un accidente de trabajo genera un desequilibrio en el estilo de vida del asegurado y de sus familiares, debido a las implicaciones que en consecuencia emergen; surgen mayores responsabilidades que deben encarar con recursos inferiores a los acostumbrados.

El compromiso de la seguridad social se centra en soluciones integrales que mejoran la calidad de vida de los afiliados, de sus familiares y de la comunidad. La C.S.S representa un instrumento valioso en torno a la rehabilitación de asegurados y beneficiarios enfermos, por ende es menester de todos cuidar sus recursos y de ser posible contribuir con investigaciones serias y responsables que redunden en beneficio de la población. Al respecto cabe destacar aquí que una falla de la seguridad social como el pago tardío de incapacidades debe dejar de observarse como algo normal o rutinario y confrontarse con la celeridad necesaria.

Según las estadísticas anuales que lleva la Caja de Seguro Social, de los accidentes laborales ocurridos en un mes cualquiera, por ejemplo, un 80% pertenece al sexo masculino y tan sólo un 20% corresponde al sexo femenino⁷. Cabe resaltar que de las personas asalariadas un número mayor corresponde al sexo masculino y un número menor al sexo femenino. La Encuesta Hogares de la Contraloría General de la República señala que tres (3) de cada cinco (5) inactivos son mujeres; proporción que ha permanecido inalterable desde el año 1991.⁸ Por ende y de acuerdo a las cifras indicadas es lógico suponer que sea el sexo masculino el que más se accidente.

El pago de incapacidades para el asegurado se concretiza en un mes; mes y medio o mucho más. Este hecho afecta a muchos hogares en donde el jefe del mismo es un varón, en tanto la mujer se desenvuelve como ama de casa, de allí que frecuentemente se produzca un desequilibrio familiar crítico. Estas apreciaciones son de conocimiento público y manifestaciones constantes de los asegurados.

⁷ Caja de Seguro Social. Hospital General. Departamento de Admisión de Pacientes. Estadísticas del año 2004 – 2006. Pág. S/N

⁸ Contraloría General de la República. Revista Anual. Año 2006. Pág. 12.

Un accidente de trabajo repercute enormemente en el asegurado y familiares quienes experimentan una serie de carencias en su anterior y nuevo entorno. De cada cinco (5) empleados que se accidentan, aproximadamente cuatro (4), presentan dificultades socioeconómicas concatenadas cuyo origen es un accidente de trabajo y se incorporan a un círculo vicioso que golpea al paciente y a sus dependientes.⁹ Por lo antes mencionado es urgente corregir tal problemática.

El bienestar del ser humano se encuentra ligado a hechos como conservar la salud, un empleo adecuado, educación para integrarse a los cambios indispensables y conservar su nivel de vida o mejorarlo. Sólo el pago oportuno de las incapacidades podrá devolver parcialmente el equilibrio al asegurado y a su grupo familiar que esperan para saciar necesidades cotidianas.

Según expresan conocedores de la realidad financiera y política de la nación, lamentablemente la situación económica del país por varios años no ha logrado un auténtico desarrollo que genere un incremento considerable de plazas de trabajo. De allí que pueda inferirse que el superarse

⁹ Dr. Arthur Keith, Jefe de Riesgos Profesionales. Entrevista efectuada el 4 de enero de 2005.

académicamente sólo es sinónimo de continuidad en el área laboral, pero no de superación personal y económica. Todo lo anterior es muestra de la difícil situación social y económica del país, es una condición que va especialmente en detrimento de los más vulnerables, por ejemplo, las víctimas de un accidente de trabajo.

Los planes y proyectos de quienes se accidentan se distorsionan y desaparecen con el accidente de trabajo. Por todos los trastornos que emergen de un accidente de trabajo consideramos relevante una investigación que revele las principales implicaciones de la población en estudio.

Por otro lado, vivimos en un mundo globalizado, de competencias en el que la productividad y la adaptación al cambio son indispensables; sin embargo, una persona con una incapacidad prolongada es endeble al ambiente y a las exigencias diarias. Creemos oportuna esta investigación porque permite a las autoridades de la institución una referencia del problema y determinar la ayuda mínima materializada para establecer correctivos en el área de la Seguridad Social, alusiva al Programa de Riesgos Profesionales.

Vale igualmente señalar que dentro de nuestra compilación de datos, encontramos diversas tesis que hacen énfasis en el aspecto legal de los Riesgos Profesionales, ya que las mismas se asocian a trabajos de graduación de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Nuestro enfoque del tema está dirigido a resaltar las implicaciones que emanan de los procesos administrativos engorrosos y demorados que tienen que confrontar los pacientes de riesgos profesionales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

El marco teórico que se ha plasmado para esta obra identifica varias teorías que sirven para el desarrollo del problema de investigación.

Para César Augusto Bernal el marco teórico “no es un resumen de las teorías que se han escrito sobre el tema objeto de la investigación; más bien es una revisión de lo que se está investigando o se ha investigado en el tema objeto de estudio y los planteamientos que sobre el mismo tienen los estudios de éste. Esta fundamentación soportará el desarrollo del estudio y la discusión de los resultados”¹⁰. A su vez indica este autor que al elaborar el marco conceptual se requiere definir aquellos términos que por su significado particular requieren precisarse en su definición. Aduce también, que el marco conceptual debe ser visto como “el glosario de términos claves utilizados en la investigación”¹¹.

Para dar inicio a nuestro marco teórico-conceptual, describiremos información alusiva al engranaje del Servicio de Ortopedia en el C.H.M.Dr. A. A. M. Ésta especialidad dentro del Programa de Riesgos Profesionales es

¹⁰ Bernal, César Augusto. Metodología de la Investigación. Pearson Educación, Prentice Hall. Colombia. 2006. Pág. 125-126.

¹¹ Bernal César Augusto. Ibid. Pág. 127.

de marcada importancia, debido a que la mayor cantidad de pacientes hospitalizados por accidente de trabajo los absorbe ortopedia, por la naturaleza del imprevisto laboral.

2.1. SERVICIO DE ORTOPEDIA, ÁREA QUIRÚRGICA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA

El servicio de Ortopedia y Traumatología orienta su misión al cumplimiento con los fines de atención, curación, rehabilitación y reintegro de los pacientes a sus actividades diarias, teniendo como resultado el mejoramiento de la calidad de vida.

2.1.1. *Gestión Administrativa*

Administrativamente el servicio de ortopedia está compuesto principalmente por:

- Jefe del servicio de Ortopedia (1)
- Coordinador de Docencia (1)
- Médicos Funcionarios Especialistas de Ortopedia (22)
- Médicos Residentes del Servicio de Ortopedia (6)
- Médicos Internos del Servicio de Ortopedia y Traumatología (2)
- Secretaria Médica (1)

-Secretaria de la Consulta Externa (1)

-Técnicos-Licenciados de Ortopedia seis (6). Ubicados en el Cuarto de Tratamientos, en la planta baja de la Consulta Externa de Ortopedia.

2.1.2. *Área Física*

Consulta Externa:

-Cuatro (4) Consultorios para atención de la Consulta Externa del Servicio de Ortopedia y Traumatología.

-Un (1) Consultorio para la Clínica de Fracturas y Trauma. Cuyo horario de atención es de 7: 00 a.m. a 1:00 p.m.

-Un (1) Área de Curaciones, Corte de Puntos de post-operados, vendajes, y programación de pacientes para Cirugía Ambulatoria, con una enfermera asignada.

-Un (1) Área de Tratamiento o Cuarto de Yeso. En este lugar existen dos (2) Licenciados Técnicos de Ortopedia, quienes colocan, cambian las inmovilizaciones con yeso, bajo la directriz de los médicos especialistas.

-Un (1) Área para Cirugía, Cirugía Periférica, Ambulatoria o de algunos casos de pacientes hospitalizados. Tiene un espacio para preparación y recobro de pacientes operados y un vestidor de personal.

2.1.3. *Clinicas o Grupos de Trabajo*

En la consulta externa se reciben pacientes para diferentes tratamientos:

-Traumatología. Fracturas. Lesiones al sistema músculo-esquelético. Es atendida por todos los funcionarios del servicio.

-Cirugía de Columna. Afecciones de la Columna. Atendida por cuatro (4) especialistas. Referencias internas y externas.

-Cirugía de Reemplazos Articulares (Prótesis). Cadera, Rodilla, Hombros. Atendida por cinco (5) funcionarios especialistas. Referencias internas y externas.

-Cirugía de Mano. Atendida por dos (2) especialistas

-Cirugía de Pie. Atendida por un (1) funcionario. Usualmente la primera evaluación es por cualquier miembro del servicio, que hace la interconsulta si es necesaria.

-Artroscopia. Artroscopia de Rodilla y de Hombro. Atendida por cinco (5) especialistas.

Todos estos tratamientos generan incapacidades prolongadas en los pacientes y a su vez modifican la rutina diaria de quienes sufren accidentes de trabajo. El promedio de atenciones diarias en la consulta externa del servicio

de ortopedias es aproximadamente de cien (100) pacientes.¹²

2.1.4. *Atención Quirúrgica*

Regularmente el Servicio de Ortopedia y Traumatología, dispone de tres (3) cuartos en el Salón de Operaciones. Se hace la programación para los cinco (5) días a la semana, y se operan un promedio de diez (10) a doce (12) pacientes por día. El mayor porcentaje de ocupación es de pacientes de trauma, hospitalizados vía cuarto de urgencias.

2.1.5. *Cirugías Electivas*

Aquí se incluyen los reemplazos articulares (Prótesis), columna, en que la demanda de atención es muy grande, y son cirugías de gran complejidad, pero debido a que la ocupación de pacientes de trauma es mayor y que el número de camas del servicio es insuficiente, no se puede satisfacer en un tiempo apropiado las necesidades de éstos.

2.1.6. *Cirugía Ambulatoria*

Generalmente se utiliza el salón para Cirugía Periférica. En el mismo

¹² Boletín Informativo. Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid. Visión Hospitalaria. Abril de 2006. Pág.8

son programados pacientes que requieren manipulaciones y reducciones de fracturas que pueden ser manejados de manera ambulatoria y no necesitan hospitalización. El paciente la mayoría de las veces procede del Cuarto de Urgencias en donde es evaluado, inmovilizado y referido a la Consulta Externa de Ortopedia para su preparación y programación (24 a 48 horas). También son manejados en forma ambulatoria los pacientes programados para artroscopias (estas últimas no son cirugías menores). Algunos casos pueden requerir hospitalización (cirugías reconstructivas de ligamentos).

2.1.7. Atención a Pacientes Hospitalizados

El servicio de ortopedia ocupa el 5° piso del C.H.M.Dr.A.A.M. Dispone de sesenta y ocho (68) camas. Los pacientes son admitidos vía Cuarto de Urgencias. Existen cuatro (4) grupos de trabajo, constituidos cada uno por cinco (5) médicos especialistas. A cada grupo se le ha asignado un (1) día para pasar “VISITA GENERAL” a “TODOS” los pacientes hospitalizados. Esta visita se realiza de lunes a viernes, excepto los miércoles, y se inicia a las 7:00 a.m.¹³

¹³ Dr. Ruiz, Pitano Marcos, Jefe del Servicio de Ortopedia, entrevista efectuada el 3 de octubre de 2006.

En la misma se evalúan los pacientes nuevos hospitalizados, los pacientes operados y los pacientes post-operados o que están en tratamiento. Se dan las instrucciones para las curaciones, cambios de inmovilizaciones, cambios en las tracciones o aparatos. Se verifica el status a pacientes que ya están en condiciones de ser enviados a sus hogares. A estos últimos se les instruye en el cuidado de sus vendajes o inmovilizaciones y son referidos a la consulta externa con su médico tratante.

Concluida la visita general, este grupo se reúne (salón de Reuniones del Servicio de Ortopedia-5° Piso. C.H.M.Dr.A.A.M) y se discuten los casos ya operados y por operar, confeccionándose el programa de cirugía para el día siguiente; el promedio de espera en estos casos es como de cinco (5) días. Este se atribuye entre otras situaciones a la espera de exámenes de laboratorios, evaluación por médicos de medicina interna, cardiología o debido a la ausencias de las pintas de sangre solicitadas para la cirugía.

2.2. TEORÍAS MODERNAS RELACIONADAS AL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Algunas de las teorías que podemos relacionar con el campo teórico de

nuestra investigación, debido a los procesos de modernización en salud, las enunciamos seguidamente:

2.2.1 TEORÍA DE LA ORGANIZACIÓN BUROCRÁTICA

Tal como planteó el teórico alemán, Max Weber, la organización es esencialmente burocrática y reúne entre sus características más significativas el empleo de procesos definidos ajustados a normas y reglamentos, que requieren de la superación en cada área laboral, aunque los actos en sí son impersonales.

Esta teoría generó el término burocracia, en forma peyorativa se usa para designar instituciones normalizadas lentas y poco productivas. Lo que persiguen las instituciones modernas es encontrar los medios para satisfacer a la demanda, por ello vale considerar otras teorías como las que a continuación se señalan.

2.2.2. CALIDAD TOTAL

En un primer momento se habla de control de calidad, primera etapa en la gestión de la calidad que se basa en técnicas de inspección aplicadas a la

producción. Posteriormente nace el Aseguramiento de la Calidad, fase que persigue garantizar un nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado. Finalmente se llega a lo que hoy en día se conoce como Calidad Total, un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con el concepto de Mejora Continua y que incluye las dos fases anteriores¹⁴.

La filosofía de la Calidad Total proporciona una concepción global que fomenta la Mejora Continua en la organización y a su vez involucra a todos sus miembros, centrándose en la satisfacción tanto del cliente interno como del externo.

Un Sistema de Calidad se centra en garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones establecidas previamente por la empresa y el cliente, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo.

La Calidad Total se ha convertido en el mundo globalizado de hoy, en una necesidad ineludible para permanecer en el mercado. La norma International Standards Organization u Organización Internacional para la Normalización (ISO) 9000 es una herramienta fundamental de la Calidad Total; ésta trata

¹⁴ www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.shtml.

sobre los requisitos de los sistemas de gestión de la calidad y para gestionar la calidad. En términos precisos, consiste en definir e implantar un conjunto de actividades orientadas a proporcionar a la alta dirección de la empresa la confianza de que se está consiguiendo la calidad prevista a un costo adecuado¹⁵.

Si aunamos la Calidad Total al sector salud, estaríamos induciendo un área relevante para los seres humanos a la mejor adquisición de prestaciones médicas y económicas para el paciente y su grupo familiar, que dependen de las mismas para subsistir. Un accidente de trabajo trasciende a la familia (de procreación y de origen), a la sociedad, a la empresa privada y al sector gubernamental, a la economía, a la educación, a las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y al país, como también a los demás grupos organizados en los cuales se apoya la sociedad en momentos de vulnerabilidad. Por lo que sería pertinente, llevar la Calidad Total al Programa de Riesgos Profesionales.

2.2.3 CALIDAD DE VIDA

Según notifica el tratadista Idalberto Chiavenato en su libro “Gestión del

¹⁵ Jofré Vartanián Arturo. Enfoques Gerenciales. Ediciones Delphi de Costa Rica. Septiembre de 2000. Pág. 178-182.

Talento Humano”, este concepto se debe al maestro norteamericano Louis Davis y se refiere particularmente “a la preocupación por el bienestar general y la salud de los trabajadores en el desempeño de sus tareas”. Con el devenir del tiempo este término de la calidad de vida laboral está condicionado tanto a los aspectos físicos y ambientales, como aquellos otros del área psicológica relacionada con la experiencia humana en el lugar de trabajo y del grado de satisfacción que le origina su desempeño laboral¹⁶.

2.2.4. REINGENIERÍA

De una manera sencilla se puede decir que significa “empezar de nuevo”. No significa arreglar lo que ya existe o hacer cambios incrementales que dejan intactas las estructuras básicas. No es reparar o mejorar lo que ya existe para que funcione mejor. Lo que pretende la reingeniería es abandonar los procedimientos establecidos y examinar nuevamente el trabajo que se requiere para crear el producto o servicio deseado y entregar un producto que cumpla con los requisitos exigidos por el cliente. Implica volver a empezar e inventar una manera mejor de hacer el trabajo.

¹⁶ Chiavenato, Idalberto. Gestión del Talento Humano. Editorial Mc. Graw Hill. Colombia. Año 2000. Pág.39.

Reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez.

La reingeniería es comenzar de cero, es un cambio de todo o nada en donde cada empresa ordena sus procesos. Significa el abandono de viejos procedimientos y la búsqueda de trabajo que agregue valor hacia el consumidor.

La relación entre la reingeniería y mejorar los resultados del negocio protegen a cualquier entidad del fracaso. Una característica de la reingeniería es que en general debe ser rápida en su ejecución porque los ejecutivos esperan resultados en tiempos muy cortos.

La reingeniería busca la reformulación completa de los procesos existentes, basándose en una concepción de trabajo radicalmente diferente a la que ha predominado hasta ahora, basada en la división del trabajo, la especialización y departamentalización por funciones. Se trata de reinventar la forma en que

diseñamos un proceso, utilizando conceptos radicalmente diferentes a los tradicionales¹⁷.

La única manera de igualar o superar la rapidez del cambio en el mundo que nos rodea es lograr avances decisivos, discontinuos. Sucede que muchas veces se culpa a los empleados, a los encargados o la maquinaria, cuando las cosas no marchan bien; siendo en realidad la culpa de la forma en que se trabaja y no de ellos. También es importante hacer notar que el proceso generalmente no es malo, sino que el mismo fue diseñado para otras condiciones de mercado que se daban en el pasado.

Con la globalización las empresas se enfrentan a más competidores, dificultando su labor e igualmente la rapidez de los cambios tecnológicos que promueven innovaciones y obligan a las organizaciones a transformarse y estar a la defensiva.

Algunos factores necesarios para que una reingeniería sea efectiva son:

- Orientación hacia el proceso

¹⁷ Jofré Varrtanian , Arturo. Op. Cit. Pág. 230.

- Ambición
- Rompimiento de reglas
- Creatividad en el uso de la tecnología

La reingeniería es la herramienta fundamental y la última del cambio. Por tal motivo, el término reingeniería sería de ingente ayuda para garantizar el óptimo compromiso de la seguridad social y especialmente de proteger a quien es víctima de un accidente de trabajo, en periodos oportunos y con la eficiencia que se infiere de este tipo de situaciones. Dejar atrás la metodología tradicional e innovar adecuadamente los procesos que viabilicen el trámite en el Programa de Riesgos Profesionales.

2.2.5. EL GERENTE COMO ESTRATEGA

El Dr. Braulio Mejía García, autor de la obra Gerencia de Procesos advierte “que la gerencia implica el conocimiento de la organización en su conjunto como sistema y en capacidad de liderazgo para generar acciones de comunicación, promoción, mejoramiento y persuasión que le permitan logros en sus objetivos”¹⁸. Es decir que el gerente es el estratega que orienta la

¹⁸ Mejía Braulio. Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de salud. Cuarta Edición Ampliada. Ecoe Ediciones. Colombia. 2003. Pág. 7.

institución hacia el cumplimiento de los objetivos. Por ello la teoría del gerente como estratega ha sido revisada para este trabajo investigativo, dado que en la sociedad post-capitalista planteada por Peter Drucker, el gerente actúa como un estratega que dirige su acción hacia el cumplimiento de metas, de innovación para ser realmente competitivo. En fin, el futuro de las organizaciones de salud deberá estar en manos de gerentes con las destrezas para innovar de acuerdo a las características de su entorno en lo referente a lo social, tecnológico y económico, creando procesos institucionales acorde con tal dinámica.

F- PRIVATIZACIÓN

La privatización es la acción por la que un bien público pasa a ser controlado por empresas privadas. En el ámbito empresarial, se produce cuando el estado deja de tener control sobre esa empresa vendida, de forma que no tiene ni gastos de mantenimiento, ni beneficios, pues este deber lo suplen los accionistas o dueños de la empresa. El estado sólo controla la actividad y recibe beneficios según lo estipulado a través de los impuestos y el marco jurídico.

La privatización es un proceso mediante el cual las tareas son transferidas del sector público al sector privado. Este proceso permite a los actores no gubernamentales intervenir cada vez más en la financiación y prestación de servicios asistenciales, y conlleva la introducción de cambios en las funciones y responsabilidades públicas y privadas.

Algunos tratadistas opinan que esta medida no es positiva en el sistema de salud panameño, debido a que encarecería más el nivel de vida de las familias. Otros conocedores del tema estiman que es más acertado realizar mayores inversiones en recursos (humanos, materiales etc.) para hacer más efectiva la respuesta de la institución de cara a la cobertura, de la población asegurada. “Todo esfuerzo privatizador debe ir precedido por un proceso de modernización, que a la empresa o institución sujeta a la intención privatizadora la torne más moderna, y por lo tanto más atractiva”¹⁹.

Escritores de la prensa local han mencionado que “en el movimiento pendular de las ideas políticas, se vio en la privatización la solución a los problemas de calidad y eficiencia de los servicios públicos. Con el tiempo ha quedado demostrado que la forma de propiedad es menos relevante al

¹⁹ Más, Juan Carlos. Conceptos y Retos de la Seguridad Social. Ediciones Inés. Panamá. 2004. Pág. 93.

resultado, que la competencia y la gerencia. Tan decepcionante han sido algunas experiencias privatizadoras, que la palabra ya ha adquirido connotaciones peyorativas. Sin embargo, los problemas de la sociedad no son semánticos sino prácticos. Lo que habrá que trasladar al sector público no es la propiedad de las entidades que prestan el servicio, sino los modelos de gestión gerencial y el entusiasmo de competencia que estimula la excelencia”²⁰.

G- GLOBALIZACIÓN

Determinadas fuentes opinan que hay una amalgama de situaciones entre el ámbito de la globalización y las diferentes formas de privatizar; que van desde una transferencia completa o parcial de acciones hasta una simple venta de activos. Otra opción es el traslado de partes y servicios de una empresa estatal al sector privado mediante la contratación de los mismos a favor de organizaciones particulares.

Con la globalización observamos un proceso histórico de interrelación e interdependencia creciente de todas las sociedades de este planeta en un único sistema mundial de relaciones económicas, políticas y culturales.

²⁰ Panamá América. Editorial. Miércoles 19 de diciembre de 2007. Página 20.

H- EL PROCESO DE MODERNIZACION EN SALUD

Buena parte de los sistemas de salud en los diferentes países, tanto desarrollados como en desarrollo, están inmersos en procesos de reforma que a mediano o a largo plazo, pueden cambiar de forma relevante la estructura, los planteamientos y la forma de actuación de los mismos. Estos procesos de reformas en los sistemas de salud, por otra parte, no se definen exclusivamente por un cambio en la política de salud, sino por los cambios estructurales y organizativos capaces de dirigir los incentivos existentes hacia la consecución de las metas de salud, organizativas y económicas ya planteadas. Uno de los cambios de mayor impacto potencial sobre la calidad total y la eficacia, es sin duda alguna incorporar cierta dosis de competencia en los servicios de salud a partir de la introducción de la libre elección; de acuerdo a lo que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) denomina tercera generación de reformas del sector salud.

La salud pública, como bien social y económico no se encuentra ajena al desarrollo de las diversas formas que han tomado las agendas sanitarias mundiales a lo largo de los años sino, muy por el contrario, están íntimamente ligadas a éstas. La agenda mundial en el tema de salud ha reincorporado el

tema de la salud pública en general y de las enfermedades infecciosas emergentes en particular, debido no sólo a su importancia en términos de su contribución a la reducción de enfermedades, sino a la seria amenaza en que se convierten éstas para la sostenibilidad de los procesos de reforma sanitaria impulsados en la última década.

En el pasado los organismos responsables estudiaron y plantearon modificaciones en la concepción de la relación entre salud y desarrollo, manifestaron su preocupación acerca de la conexión entre crecimiento poblacional y pobreza, la creciente importancia de emplear modelos alternativos de cuidados de la salud, así como el éxito demostrado en la participación comunitaria, configuran el marco de la crisis de la salud en la década de los 70s y que finalmente desembocó en el establecimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) como instrumento para resolverla.

La APS fue oficialmente aceptada en la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Esta más que una declaración, significa el reconocimiento oficial de cinco principios que la sostienen: la equidad, la participación comunitaria, el

uso de tecnologías apropiadas, el énfasis en la promoción y la prevención; y la necesidad de acción múltiple-sectorial.

Esta aproximación integradora de la salud tuvo muchas dificultades para su desarrollo, dentro de éstas podemos mencionar: la resistencia al cambio, las administraciones centralizadas, la inadecuada interpretación de la estrategia, la limitada o nula incorporación del hospital en su desarrollo, y la aparición de nuevas teorías en torno a la APS.

Es obvio que dada la importancia que representa para una nación que su población goce de un perfecto bienestar en salud deben realizarse cambios continuos en sus sistemas de salud que benefician mutuamente, tanto a los gobiernos como a los ciudadanos del mundo. Es notoria la preocupación de las jerarquías en modificar los procesos de salud, nuestro país y su entorno ha decidido en las últimas décadas introducir mejoras en el área salud aunque éstas hayan sido recibidas por muchos como medidas impopulares por que suponen el normal temor a lo desconocido que genera cualquier situación nueva e importante en la vida de un ser humano.

El proceso de modernización en salud es una realidad a la que paulatinamente se están enfrentando los gobiernos latinoamericanos y del mundo en general, por la relevancia y celeridad de la misma, nuestro país hace poco introdujo los cambios que las autoridades creyeron propicios, como conocedores de la necesidad de un cambio que nos garantice mejores días. Estamos convencidos de que los mismos son tan necesarios y cotidianos en un mundo que evoluciona frecuentemente; los cambios recientes a la seguridad social panameña dentro de un periodo no muy largo serán menguados por las exigencias del futuro.

2.3. TÉRMINOS Y EXPLICACIONES LIGADAS AL TEMA DE INVESTIGACIÓN

Los términos y explicaciones que aparecen a continuación fueron elegidos porque contemplan una asociación, referencia o conexión para enlazar las ideas que representan los pilares del proyecto. Además, señalamos algunos conceptos, que tienen relación con la modernización en el sector salud. Iniciamos definiendo y explicando los siguientes:

2.3.1. **SEGURO:** Exento de peligro o riesgo. Seguridad. Confianza. Contrato con el que se asegura lo que corre peligro. Podríamos dedicar vastas

líneas para enumerar todos los bienes o recursos del ser humano que constantemente son amenazados por los fenómenos naturales, por otros seres vivos; ligada a esta realidad los seguros se han multiplicado para protegernos en diversos ámbitos.

2.3.2. SEGURO SOCIAL: Es visto como el ahorro colectivo que alcanzaron con sus beneficios a grupos de personas que nunca podrían, por un ahorro individual, gozar de tales beneficios en caso de riesgo. Se define también como un servicio público, dirigido por la autoridad pública y financiado por los trabajadores, los patrones y el erario, destinado a garantizar, reparar o mitigar los daños, perjuicios y desgracias de que puedan ser víctimas los empleados. De esta forma se trata de disminuir o reducir las dificultades que pueden originarse al extinguirse las capacidades y posibilidades de trabajo del afectado.

Otra definición de suma trascendencia señala que el **Seguro Social** es la entidad que en materia de Seguridad social asume un riesgo a cambio de una suma de dinero. La persona que de esta manera transfiere el riesgo a otra se conoce con el nombre de **asegurado** y el contrato de seguro entre las partes se

llama **póliza**; el dinero pagado por la protección es la **prima**²¹.

2.3.3. **SEGURIDAD SOCIAL:** Es el conjunto de regímenes y normas adoptadas por el Estado que tienen como objetivo mantener el nivel de vida de la población y asistir a los necesitados, mediante prestaciones en dinero y servicios, cuando son afectados por contingencias consideradas socialmente protegibles. “La seguridad social tiende a proteger a quienes han tenido un empleo y han cotizado a la misma”²².

La Constitución panameña impone a los poderes públicos la obligación de mantener un régimen de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y la instauración de prestaciones sociales suficientes ante diferentes situaciones de necesidad. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla; entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

²¹ Allen Frances. Principios Generales de Seguros. Segunda Edición. México. 1955. Pág.10.

²² Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Segunda Edición. Editorial Lumen. Argentina. 1995. Pág. 265.

La Seguridad Social es por tanto el sistema a través del cual el Estado garantiza a las personas comprendidas en su campo de aplicación, así como a los familiares y beneficiarios que tuvieran a su cargo, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones de necesidad que se contemplan en la Ley.

Como puede intuirse, la seguridad social es un derecho humano. Así lo reconoce el Art. 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que señala que ***“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.***

Ante lo arriba citado, la seguridad social debe cubrir al ciudadano contra los riesgos a que se exponen en la vida y en el trabajo. Pero, por sobre todas las cosas, el concepto clásico está basado en la solidaridad, universalidad, igualdad, suficiencia, competencia, participación y homogeneidad que hizo

que la seguridad social se convirtiera en un instrumento de justicia social.

2.3.3.1. Principios de la Seguridad Social

De forma general, dentro de los principios de la Seguridad Social se suscriben:

- a) Solidaridad:* Es la práctica de la ayuda mutua entre los individuos, las comunidades, las regiones y los sectores económicos, bajo el principio de que el más fuerte apoya al más débil. Alude así mismo al hecho de que debe darse el soporte de una generación para el sostenimiento de la siguiente.

- b) Igualdad:* Buscar la equidad, la similitud, la uniformidad y equivalencia entre los servicios y ayudas por contingencias que se otorgan a los usuarios.

- c) Suficiencia:* Actuar con justicia y de manera adecuada con la población asegurada.

- d) Competencia:* Conducirse con capacidad, idoneidad y autoridad dentro de su ámbito o jurisdicción legal para absolver las situaciones conflictivas que se originen.

e) *Participación:* Contribuir a la sana cooperación compartiendo información y evitando discordias y egoísmos.

f) *Eficiencia:* Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la Seguridad Social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. Se trata de hacer las cosas bien y reducir al mínimo los excesivos recursos, utilizando adecuadamente los medios para alcanzar el objetivo predeterminado. Es decir, realizar correctamente y con el menor costo posible las funciones de la organización.

g) *Universalidad:* Es la garantía de la protección a la seguridad social para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. Tiene la meta de ampliar la cobertura para que la población en general pueda incorporarse de manera eficaz y efectivamente a la vida productiva del país.

h) *Integralidad:* Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general, las condiciones de vida de la población. Para este efecto cada quien contribuirá según sus posibilidades y

recibirá lo necesario para atender las contingencias amparadas en la ley.

i) Unidad: Es la articulación de políticas institucionales y de regímenes, de procedimientos, recursos y de prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

2.3.3.2. Principios de la Seguridad Social Panameña

La Caja de Seguro Social panameña, en la administración, planificación y control de las contingencias cubiertas por esta Ley, y dentro de los límites fijados por ella, se regirá por los siguientes principios:

a) *Carácter público de la Institución.* La Caja de Seguro Social, es una entidad del Estado, de Derecho Público, no privatizable, autónoma, en lo administrativo, funcional, económico y financiero, con capacidad para tomar las decisiones que preserven el bien superior de sus asegurados y sus dependientes.

b) *Solidaridad.* En adición a lo antes expuesto, ésta es la garantía de protección a los asegurados más vulnerables y sus dependientes, con el aporte de los contribuyentes a la Caja de Seguro Social para financiar las contingencias previstas en la Ley.

c) *Universalidad.* Tal como se ha identificado anteriormente, se refiere al deber de promover y facilitar la incorporación de todos los trabajadores de la República de Panamá a la Caja de Seguro Social para protegerlos sin discriminación por razones de salud, sexo, condición social, política y económica, con el fin de ampliar su cobertura.

d) *Unidad.* Para enriquecer la definición previa, podemos señalar que es la armonización de los componentes financieros, administrativos y legislativos que protejan al asegurado y sus dependientes del conjunto de las contingencias establecidas en esta Ley a que se ve enfrentado, ofreciéndoles de esta manera, la seguridad que necesitan para su desarrollo como personas humanas.

e) *Integralidad.* En ampliación a lo citado en páginas anteriores, es el deber de otorgar cobertura necesaria a los asegurados y sus dependientes, de todos los estados de necesidad que crean las contingencias económicas y de salud cubiertas en la Ley para garantizarles el ejercicio adecuado de sus facultades y capacidades productivas. La protección del dependiente debe abarcar más allá de la muerte del asegurado.

f) Equidad. La Caja de Seguro Social deberá asegurar, de manera efectiva, el acceso a los servicios con calidad y a los beneficios que establece la Ley en igualdad de oportunidades y sin discriminación de ningún tipo a todos los asegurados, pensionados y sus dependientes.

g) Obligatoriedad. La afiliación de los trabajadores y la inscripción de los empleadores al régimen de la Caja de Seguro Social son de carácter obligatorio en la República de Panamá.

h) Participación. De forma más amplia, acerca de este término podemos manifestar que Los trabajadores, los pensionados y el gobierno, tienen el deber y el derecho a participar, de acuerdo con los mecanismos establecidos en la Ley, en los diversos procesos de planeación, ejecución, control y evaluaciones de las políticas que orientan los servicios y beneficios que brinda la entidad, fortaleciendo el rol protagónico de la sociedad.

i) Equilibrio financiero. La Caja de Seguro Social deberá asegurar su existencia sobre una base financiera y actuarial adecuada, que le garantice su sostenibilidad y desarrollo para el cumplimiento de sus obligaciones con los

asegurados y sus dependientes, dentro de un contexto centrado en la justicia social.

j) *Subsidiaridad.* Esta terminología también puede definirse como la responsabilidad del Estado de contribuir con la Caja de Seguro Social, en los casos y dentro de los límites previstos en la Ley, con el fin de que pueda cumplir eficientemente con el desarrollo de sus funciones en el marco de los principios aquí expuestos.

k) *Eficiencia.* Fundamentado en los principios de la Seguridad Social, ésta es la menor utilización de los recursos administrativos, técnicos, financieros y humanos disponibles para lograr los servicios y beneficios previstos en la Ley de la Caja de Seguro Social de forma adecuada y oportuna.

l) *Transparencia.* La gestión de la institución, debe ser clara, y objetiva con base en los principios establecidos en la legislación vigente, que dicta normas sobre la nitidez y claridad en la rendición de cuentas en la gestión pública.

A continuación deseamos reflejar lo referente a las prestaciones médicas y económicas que recibe quien sufre un accidente de trabajo, según lo que establece el **Decreto de Gabinete número 68 del 31 de marzo de 1970**, por el cual se centraliza en la Caja de Seguro Social la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales para todos los trabajos del Estado y de las empresas particulares que operan en la república. Veamos la definición de uno de los conceptos fundamentales.

2.3.4. RIESGOS PROFESIONALES: Son los accidentes y las enfermedades a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecutan por cuenta de un patrono.

2.3.5. ACCIDENTE DE TRABAJO: Es toda lesión corporal que el trabajador sufra, en la ejecución, con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta producida por la acción repentina o violenta de una causa exterior, o del esfuerzo realizado.

También se considerará accidente de trabajo el que sobrevenga al trabajador:

- a) En la ejecución de órdenes del patrono o en la prestación de un servicio bajo la autoridad de éste, fuera del lugar y horas de trabajo.

- b) En el curso de interrupciones del trabajo; así como antes y después del mismo, si el trabajador se hallare, por razón de sus obligaciones laborales en el lugar de trabajo o en locales de la empresa.
- c) Por acción de terceras personas o por acción intencional del patrono o de un compañero durante la ejecución del trabajo.

En estos casos se estará que fundamentar en lo que disponen los artículos 215 y 216 respecto a la responsabilidad y al resarcimiento del daño según el Capítulo XVIII del Código de Trabajo, o según el Derecho Común ; y

- d) El que ocurra al trabajador al trasladarse de su domicilio al lugar en que desempeñe su trabajo o viceversa.

Los factores que causan accidentes de trabajo son técnicos, psicosociales y humanos. Algunos tipos de accidentes son: los golpes, caídas, resbalones, choques, etc.

No se considerará accidente de trabajo para efectos de la Ley: El que fuere provocado intencionalmente por el trabajador o producido por culpa

grave de él. Considerándose como tal la desobediencia comprobada de órdenes expresas, el incumplimiento culposo o manifiesto de disposiciones del Reglamento de Prevención de Riesgos Profesionales y de Seguridad e Higiene Industriales y la embriaguez voluntaria, a no ser que en este caso el patrono o su representante le hayan permitido al trabajador el ejercicio de sus funciones, o cualquier otra forma de narcosis y sedantes. Dentro de los accidentes de trabajo se contemplan:

2.3.5.1. Accidente con Ocasión: Hace referencia al percance que ocurre cuando se esta haciendo algo relacionado con la tareas laborales. Por ejemplo: Un carnicero que ejecutando sus funciones se corte con la sierra con la que recorta los productos.

2.3.5.2. Accidente de Trayecto: Comienzan desde que el trabajador abandona su residencia y se dirige hacia el centro de labores, y terminan en el momento en que el trabajador entra a su hogar, luego de haber cumplido su jornada de trabajo; considerándose además, como parte del trayecto, las escaleras y pasillos externos de la vivienda. En cuanto al intervalo de tiempo que utiliza el trabajador para trasladarse del hogar al centro de trabajo y viceversa, no se

establece un periodo definido, sino que se hace una relación de la distancia existente entre ambos puntos (residencia y centro de trabajo), tomando en consideración la vía más directa y el tiempo más corto.

El recorrido del trabajador al centro de trabajo y de éste a su residencia no se debe alterar ni interrumpirlo para que pueda ser considerado como accidente de trayecto dentro de los riesgos profesionales, salvo en los casos excepcionales en que hay vías cerradas, alteraciones de orden público, hechos espontáneos de la naturaleza, necesidades fisiológicas y similares. Por ejemplo: una madre que al salir de su trabajo debe ir a la guardería a buscar a su hijo, y sufre un accidente antes de dirigirse a su vivienda, o en el trayecto a la misma; ésta situación por el desvío a la guardería, no se consideraría según la Ley de Riesgos Profesionales, accidente de trayecto.

Entre otros accidentes de trayecto encontramos: caídas, asaltos, agresiones, ataques de animales (mordida de perro, picadura de serpiente, etc.), atropellos, colisiones de transporte colectivo y selectivo.

2.3.6. CONSECUENCIAS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO: Son las lesiones personales y las pérdidas económicas por múltiples aspectos. Las consecuencias personales pueden ser desde lesiones pequeñas hasta la muerte. Las de tipo económico comprenden pensiones o invalidez o de sobreviviente, indemnizaciones por incapacidad temporal o incapacidad permanente parcial y auxilio funerario, los daños que se produjeron en las máquinas y/o equipos, paro en la producción y los costos de los servicios médicos.

2.3.7. IMPLICACIONES FAMILIARES: Se refiere a las consecuencias que afloran en el asegurado y en su grupo familiar o dependientes, así no residan con él, posterior a un accidente de trabajo. Se hace referencia al mismo debido a que la discapacidad del accidentado involucra inevitablemente a la familia.

2.3.8. ENFERMEDAD COMÚN: Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no haya sido clasificado como de origen profesional, se considera de origen común.

Cuando las consecuencias de un riesgo profesional se agraven por una enfermedad o lesión que haya tenido la víctima con anterioridad al incidente o

hechos causantes del mismo, se considerará dicha reagravación, para los efectos de la ley, como resultado directo del riesgo profesional ocurrido, e indirecto de la enfermedad o lesión.

Será obligatorio asegurar al trabajador contra los Riesgos Profesionales en la Caja de Seguro Social:

- a) A todo empleado al servicio del Estado, de los Municipios, de las entidades autónomas, y de las organizaciones públicas descentralizadas dondequiera presten sus servicios; es obligatorio garantizarle esta ayuda.
- b) A todo empleado al servicio de una empresa natural, o jurídica, que opere en el territorio nacional, cualquiera sea el número de empleados al servicio de la misma, hay que brindarle esta asistencia.

Para los empleados del servicio doméstico, los trabajadores independientes, los trabajadores que se ocupen en empresas no mecanizadas, así como para las categorías de trabajadores a que se refiere el Artículo 4 del Decreto Ley 14 de 1954, se hará efectiva la obligación de asegurarlos en la Caja de Seguro Social contra los riesgos profesionales, cuando se determine, mediante Reglamentos, la forma y modalidades de aseguramientos, de

calificación del grado de peligrosidad, así como el funcionamiento y administración del seguro para estas categorías de trabajadores. No obstante lo dispuesto en el señalado artículo, estarán obligados a afiliarse al seguro de riesgos profesionales los trabajadores arriba enumerados, que por disposición legal se expresa que sean de forzosa afiliación a los demás riesgos cubiertos por la Caja de Seguro Social.

Para los efectos del Seguro de Riesgos Profesionales se considerarán también trabajadores a los aprendices, aunque no perciban salario. Se estará al resguardo de lo que dispone el Título III del indicado Decreto de Gabinete en cuanto a la forma de calcular en estos casos el salario que sirva de base para la determinación de las prestaciones en dinero.

Conforme al Decreto de Gabinete ya citado, se entiende por salario a la remuneración total, gratificaciones, bonificaciones, vacaciones y todo valor en dinero o en especie, que reciba el trabajador del patrono o empleador, como retribución por sus servicios o con ocasión de éstos. Para los mismos efectos, no se considerará salario lo que reciba el trabajador por concepto de viáticos, dietas y preavisos, así como las gratificaciones de navidad o aguinaldos y lo

asignado como gastos de representación, siempre que no excedan del salario mensual.

Si además del salario en dinero, el trabajador recibe partidas adicionales por alimentación o habitación, o ambas cosas, el monto de su remuneración será fijado de acuerdo a las normas que al respecto adopte la Caja de Seguro Social.

La prima para el Seguro de Riesgos Profesionales no podrá pagarse en ningún caso, por salarios inferiores al que resulte del promedio de los salarios mínimos vigentes en el país.

2.3.9. ENFERMEDAD PROFESIONAL: Para efectos del Seguro de Riesgos Profesionales se considerará todo estado patológico que se manifieste de manera súbita o por evolución lenta a consecuencia del proceso de trabajo, o debido a las condiciones específicas en que éste se ejecute.

La Junta Directiva de la Caja de Seguro Social adoptará la lista de enfermedades profesionales, la cual podrá posteriormente adicionar o

modificar. También se entenderá como riesgo profesional toda lesión, enfermedad, perturbación funcional o agravación, que sufra posteriormente el trabajador como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional, de que haya sido víctima con anterioridad. Las enfermedades profesionales corresponden al Programa de Riesgos Profesionales, por ello solamente las mencionamos, más destacamos que éstas no serán objeto de estudio en ésta investigación.

El lugar donde ocurren los accidentes de trabajo o donde se desarrollan enfermedades profesionales es relevante, por ello deseamos contribuir con la definición que seguidamente presentamos.

2.3.10. CONDICIONES DE TRABAJO: Son el conjunto de variables subjetivas que definen la realización de una labor concreta y el entorno en que esta se realiza e incluye el análisis de aspectos relacionados como la organización, el ambiente, la tarea, los instrumentos y materiales que pueden determinar o condicionar la situación de salud de las personas.

2.3.11. EMPLEO: Es toda actividad humana libre, ya sea material o

intelectual, que una persona natural ejecuta permanente y consciente al servicio de otra. Para que exista un empleo debe subsistir una empresa; por ello revelamos una definición explícita del término.

2.3.12. EMPRESA: Es el conjunto de personas, recursos naturales, técnicos y financieros para lograr un objetivo plenamente determinado. Al realizar la evaluación de la organización se debe tener en cuenta: la actividad económica, las materias primas, los equipos, los procesos y los productos, y específicamente el personal con que se cuenta.

2.4. PRESTACIONES MÉDICAS, PRÓTESIS Y ORTOPEDIA

El trabajador que resulte con una lesión cuyo tratamiento requiera del servicio de ortopedia de La Especializada merece las siguientes prestaciones:

- A la necesaria asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera su estado; y
- A la provisión, reparación y renovación normales de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión sufrida.

La asistencia médica se prestará desde el momento en que el trabajador sea puesto a disposición de la Caja o desde la comprobación de la enfermedad profesional por los servicios médicos del Seguro, y se prolongará hasta cuando sea necesario por razones de la naturaleza de las lesiones o por recuperación del asegurado.

Sin prejuicios de las obligaciones de la Caja de Seguro Social, todo patrono debe suministrar a la víctima de un accidente de trabajo los primeros auxilios, hasta cuando la Caja se haga cargo del accidentado. Al efecto, deberá mantener en el establecimiento un botiquín o equipo de emergencia, así como el personal adiestrado que pueda hacer buena aplicación de éste. La Caja dará gratuitamente el entrenamiento al personal que designen los patronos.

Los gastos indispensables de transporte, de hospedaje y alimentación del trabajador, cuando éste deba ser trasladado por requerirlo el tratamiento, a un lugar distinto de su residencia habitual o lugar de trabajo, serán cubiertos por la Caja de acuerdo con la reglamentación existente.

Las prestaciones a que se refiere este Capítulo serán prestadas por la Caja de Seguro Social en sus propias instalaciones, o por intermedio de las instituciones, entidades o personas con que aquella los contrate.

2.4.1. Subsidio por Incapacidad Temporal.

Cuando a causa del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, el trabajador se incapacite temporalmente para el trabajo y por tal motivo deje de percibir salario, mientras no haya sido declarada la incapacidad permanente, tendrá derecho a un subsidio diario en dinero, desde el primer día, en cuantía igual a su salario durante los dos primeros meses, y el equivalente al 60% del mismo salario, hasta cuando, según dictamen de los médicos del Seguro, el trabajador se halle en condiciones de volver al trabajo, o se declare que no procede más el tratamiento curativo.

Cuando la incapacidad temporal se prorrogue por un periodo superior a 360 días, el pago del correspondiente subsidio deberá ser aprobado por la Comisión de Prestaciones.

2.4.2. *Incapacidad Permanente*

Para los efectos del Seguro de Riesgos Profesionales, se entiende por invalidez permanente parcial la producida por alteraciones incurables o de duración no previsible, que disminuya la capacidad de trabajo del asegurado, sin que produzcan incapacidad permanente absoluta. Se entiende por incapacidad permanente absoluta la producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables, o de duración no previsible, que impidan al asegurado desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado.

El pensionado permanente parcial tendrá derecho a una pensión proporcional a la que le hubiese correspondido en caso de incapacidad permanente absoluta, y de acuerdo con el porcentaje de valuación de la incapacidad.

El pensionado permanente absoluto tendrá derecho a una pensión mensual equivalente al 60% del salario. Las pensiones serán vitalicias al cumplimiento de los cincuenta y cinco años la mujer y sesenta años el hombre.

El asegurado que quede con una incapacidad permanente igual o inferior al

35%, tendrá derecho que se le pague, en sustitución de la pensión, una indemnización en capital equivalente a tres anualidades de aquella. Las pensiones correspondientes a una disminución de capacidad laboral superior al 35%, serán pagadas en forma de renta mensual.

El monto mínimo de las pensiones de incapacidad absoluta permanente será igual a:

1. La suma de ciento setenta y cinco balboas (B/.175.00) mensuales, hasta el 31 de diciembre de 2009.
2. A partir del 1 de enero de 2010 y cada cinco años, el mínimo indicado en el numeral anterior se incrementará en diez balboas (B/.10.00).

El máximo de estas pensiones será igual a:

1. Una suma de hasta mil balboas (B/.1,000.00) mensuales, hasta el 31 de diciembre de 2006. Cuando el asegurado tenga por lo menos veinticinco años de cotizaciones y un salario promedio mensual no menor de mil quinientos balboas (B/.1,500.00) durante el periodo de los últimos quince años de cotizaciones, esta pensión podrá alcanzar

hasta un monto de mil quinientos balboas (B/.1,500.00) mensuales.

2. A partir del 1 de enero de 2007, una suma de hasta mil quinientos balboas (B/.1,500.00) mensuales.

A partir del 1 de enero de 2010 y cada cinco años, las pensiones por Incapacidad Absoluta Permanente que se encuentren vigentes y sean menores de mil quinientos balboas (B/.1,500.00) mensuales, serán aumentadas automáticamente en una suma de diez balboas (B/.10.00), siempre que no excedan de mil quinientos balboas (B/.1,500.00).

La bonificación anual, a partir del mes de diciembre de 2006, para los pensionados por incapacidad absoluta permanente, será de cincuenta balboas (B/.50.00).

A partir del mes de diciembre de 2008, dicha bonificación se aumentará a sesenta balboas (B/.60.00). La ley también establece que si a causa de un riesgo profesional el asegurado quedare incapacitado por enajenación mental, las prestaciones económicas serán pagadas a la persona que compruebe su calidad de derechohabiente, a satisfacción de la Caja de Seguro Social. Igual

regla se seguirá para los derechohabientes de la víctima que fueren menores o enajenados mentales.

Vale advertir que si por omisión del empleador en la inscripción del empleado o en el pago de la prima, la Caja de Seguro Social no pudiera concederle a un empleado a sus beneficiarios las prestaciones a que hubieran podido tener derecho en caso de riesgo profesional, o si resultaran disminuidas dichas prestaciones por falta de cumplimiento de las obligaciones del empleador, éste será responsable del pago de la totalidad de las sumas correspondientes a dicha prestaciones a favor del empleado o de sus deudos, resultantes del riesgo profesional acaecido.

El monto de las prestaciones a favor del asegurado o sus deudos, será determinado por la Caja de Seguro Social, y el empleador estará obligado a pagarle a ella la suma señalada, o a garantizarle su pago en forma satisfactoria, dentro de los cinco días siguientes al acto administrativo emitido por la Caja de Seguro Social. Si vencido este término el empleador no ha efectuado el depósito de la suma correspondiente o garantizado su pago a satisfacción de la Caja de Seguro Social, ésta tendrá jurisdicción coactiva para

el cobro de estas sumas e iniciará inmediatamente el proceso para asegurar tal recaudación.

En caso de insolvencia, concurso, quiebra, embargo, sucesión u otros similares, el crédito originado de acuerdo con lo manifestado por la ley priva sobre cualquier otro, sin limitación de suma a favor de la Caja de Seguro Social.

Los derechos y las prestaciones del asegurado generados conforme a lo dispuesto en la norma legal son irrenunciables y personalísimos, en consecuencia, las transacciones realizadas por el trabajador de forma individual con el empleador no afectan el cobro de estas sumas por parte de la Caja de Seguro Social.

2.5. RECURSOS Y FINANCIAMIENTOS

Los Recursos de los Seguros de Riesgos Profesionales estarán constituidos por los siguientes ingresos:

- a) Por las primas que deberán pagar exclusivamente los patronos, de acuerdo con la tarifa que la Caja establezca al efecto.

- b) Las multas y recargos que recaude.
- c) Las utilidades que se obtengan de la inversión de sus fondos y reservas.
- d) Las herencias, liquidaciones y donaciones que se le hicieren.
- e) Cualquier otro ingreso que se produzca con motivo de la aplicación del Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970 y sus disposiciones reglamentarias.

Para los efectos de la fijación de las primas del Seguro de Riesgos

Profesionales las empresas se distribuirán en las siguientes clases de riesgos:

Clase I	Riesgo Ordinario de Vida
Clase II	Riesgo Bajo
Clase III	Riesgo Medio
Clase IV	Riesgo Alto
Clase V	Riesgo Máximo

La determinación de clases y grados de riesgo de cada empresa se hará en base a un Reglamento, en el que se clasificarán las actividades según la menor o mayor peligrosidad a que estén expuestos los trabajadores.

La Caja de Seguro Social colocará a cada empresa, individualmente considerada, dentro de la clase que le corresponde, de acuerdo con la clasificación que haga el Reglamento.

Además, la C.S.S. hará la fijación del grado de riesgo de la empresa, en atención a las medidas de prevención e higiene del trabajo, condiciones de éste y demás elementos que influyen sobre el riesgo particular de cada empresa o establecimiento, según el Reglamento.

Cada tres años, la C.S.S. efectuará la revisión de las clases y grados de riesgos; pero igualmente está facultada para disponer que se efectúe la revisión en cualquier tiempo, si la experiencia adquirida por la estadística de los riesgos profesionales así lo aconsejare.

Los patronos están obligados a suministrar a la C.S.S. todas las informaciones que ésta requiera para determinar la clase y el grado de riesgo que le corresponda a la empresa o establecimiento, e igualmente están obligados a dar todas las facilidades para las inspecciones que la Caja estime convenientes.

2.6. DENUNCIA DE LOS ACCIDENTES

El patrono, o quien lo represente en la dirección de la empresa, está obligado a dar aviso a la Caja de Seguro Social, dentro del término máximo de 48 horas, de cualquier hecho que pueda constituir un riesgo profesional acaecido en su empresa. Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones impuestas por el Código de Trabajo.

La víctima y, en caso de muerte o impedimento de éstas, sus allegados o causahabientes están facultados para elevar la denuncia del accidente a la Caja siempre que se sospeche que el patrono ha omitido o demorado el cumplimiento de esta obligación.

Para efectos de esta indicación se presume que el patrono, o en su caso el representante de éste, tiene conocimiento inmediato de los riesgos profesionales que ocurran en la empresa o negocio del primero. El Departamento de Seguridad Industrial del Ministerio de Trabajo retirará todos los informes de las empresas que en materia de Riesgos Profesionales puedan ser de utilidad a la C.S.S.

El aviso de denuncia de accidente deberá ser formulado por escrito a la Caja de Seguro Social, en el formulario que ésta suministrará al patrono, el cual debe ir acompañado de los siguientes requisitos:

- Incapacidad (debe revelar el diagnóstico médico).
- Informe patronal de accidente (un original y tres copias).
- Copia de ficha (última). Es preferible que la ficha contenga los dos (2) meses anteriores al mes del accidente. De no tener ficha el trabajador, por ser nuevo en el empleo debe de presentar el aviso de entrada y carta de trabajo.
- Si es empleado público debe facilitar la copia del talonario de los dos meses antes del accidente, así como la copia de cédula y del carné de seguro social. También tendrá que presentar resuelto o licencia por riesgos profesionales.
- Para otras entidades estatales, es necesario adjuntar nota donde conste la exclusión de la planilla.
- Se requiere de igual forma confeccionar desgloses de salarios, cuando el caso así lo amerite. Por ejemplo, diferencias por más de cien balboas B/. 100.00 entre las dos (2) últimas cuotas que refleja la ficha.
- Entregar copia de boleta, si el accidente fue de tránsito.
- El patrono tendrá que elaborar notas aclaratorias para sustentar el tipo de

accidente (fuera del área de trabajo, en días libres, en turnos rotativos, en horarios especiales).

- En caso de recaídas hay que solicitar el formulario a las oficinas de la C.S.S., el cual deberá ser llenado por la empresa.

2.7. IMPORTANCIA DEL AVISO DE ENTRADA

El Aviso de Entrada es el documento mediante el cual se inscribe en el Seguro de Riesgos Profesionales a cada trabajador que **inicia labores en una empresa.**

El propósito es proteger al empleado mientras es ingresado en la planilla correspondiente, en vista de que es factible contratar trabajadores en cualquier día del mes, no obstante ***la presentación de las planillas están sujetas a una fecha determinada.*** Por ejemplo: Si se contrata a un trabajador en fecha posterior a la presentación del mes, hay que llenar de inmediato el AVISO DE ENTRADA e incluirlo en la próxima planilla.

Todo patrono debe llenarle el AVISO DE ENTRADA a cada trabajador y presentarlo a la Caja de Seguro Social antes de iniciar labores,

preferiblemente, porque de ocurrirle un accidente de trabajo al asegurado, el patrón deberá asumir todos los costos de prestaciones económicas y médicas (que resulten en base a lo contenido en el Artículo 42 del Decreto de Gabinete 68 del 31 de marzo de 1970). Al respecto ejemplificamos: Si una persona labora para una construcción y finaliza su contrato, él tendrá ficha y carné vigente de un trabajo anterior. Si otra compañía o la misma empresa lo contrata y no le llena el Aviso de Entrada por el nuevo contrato, de accidentarse no tendría derecho ante el Seguro Social a sus prestaciones. Su patrono tendría entonces que cancelar sus prestaciones médicas y económicas.

Por ello cada vez que un empleado es contratado o inicia labores en diversas empresas, deben llenarle el Aviso de Entrada. La empresa debe presentar siempre original y copia para que le quede constancia del reporte oportuno. Si un trabajador le ocurre un accidente, tendrá derecho a todas las prestaciones económicas y médicas incluyendo a sus beneficiarios en caso de **fallecimiento**, sin necesidad de cotizaciones previas, o sea aunque no tenga ni una cotización en el seguro social, y se accidente en su primer día de trabajo.

Las teorías y conceptos enumerados anteriormente se perciben como el contexto esencial de la seguridad social, aunque por sí solos no tienen el impacto esperado. Es por ello que decidimos incluir a los mismos dentro del término administración, bajo la investidura de las funciones que se ejecutan en las actividades de este campo.

2.8. ADMINISTRACIÓN

Es la acción de aquellos que realizan un trabajo bajo la dirección de otros. En este concepto encontramos que siempre habrá alguien marcando el camino a seguir y otro que lo seguirá. “La administración es una actividad harto difícil, y quienes ocupan estas posiciones deben ser capaces de tomar decisiones en un tiempo muy breve, y los asuntos administrativos normalmente tienden a ser sumamente complejos por la multitud de factores que los afectan”²³.

Considerando que la administración no actúa aislada, incluimos también el desarrollo de sus herramientas para alcanzar los fines que se propone. Es el

²³ Koontz Harold. Curso de Administración Moderna: Un Análisis de las Funciones de la Administración. Impreso en Talleres Gráficos de Carvajal & Cía. Colombia. 1975. Pág. 442.

caso de términos elementales como:

2.8.1. *Control:* Es un proceso mediante el cual la administración se cerciora si lo que ocurre concuerda con lo que supuestamente debiera ocurrir, de lo contrario, será necesario que se hagan los ajustes o correcciones indispensables utilizando regulaciones, comprobaciones, inspecciones, intervenciones y fiscalizaciones.

2.8.2. *Dirección:* Acción y efecto de dar reglas para el manejo de una empresa. Persona o seres humanos que están al frente de una organización y que tienen la responsabilidad de la ejecución o realización de algo. Son los encargados de guiar y orientar al personal para que realice su trabajo adecuadamente.

2.8.3. *Organización:* Es toda asociación permanente de individuos que, articulada como totalidad, tiene un número preciso de miembros y una diferenciación interna de funciones, que implica un conjunto definido de relaciones de autoridad.

2.8.4. *Planeación:* Corresponde a la formulación de objetivos y las metas que

orientan las actividades de la organización; las que deben responder a las prioridades pormenorizadas de los planes, programas, proyectos, actividades y tareas. “El proceso de planeación empieza con una organización existente que tiene ciertos recursos humanos, materiales y financieros”²⁴.

²⁴ Albers Henry. Principios de la Organización y Dirección. Editorial Limusa. México. 1984. Pág.434.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3. DISEÑO METODOLÓGICO

En las páginas que aparecen a continuación la investigadora desarrolla aspectos trascendentales del diseño metodológico. La información del Planteamiento del Problema fue considerada en la página 16 y para la Justificación e Importancia véase la página 21 de este trabajo. Lo anterior obedece a que ambos materiales tienen nexos importantes con el capítulo número uno.

3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Este trabajo de graduación tiene como objetivos generales, específicos y terminales los siguientes:

3.1.1. OBJETIVOS GENERALES

- a) Identificar las implicaciones de los accidentes de trabajo en asegurados con una incapacidad prolongada.
- b) Mostrar la situación actual de la atención prestada a pacientes del Programa de Riesgos Profesionales para sugerir correcciones o un nuevo modelo de atención en un futuro inmediato.

3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Enunciar los procesos administrativos concernientes a los trámites y servicios fundamentales que existen actualmente en la Caja de Seguro Social (C.S.S.) para otorgar prestaciones médicas y económicas a los asegurados por accidentes de trabajo.
- b) Determinar las diversas situaciones y las áreas más vulnerables que se originan en los pacientes incapacitados y en su grupo familiar.
- c) Demostrar el nivel de eficiencia o no de la Caja de Seguro Social en cuanto al Programa de Riesgos Profesionales.

3.1.3. OBJETIVOS TERMINALES

Los objetivos terminales que se desean alcanzar se circunscriben a:

- a) Reflejar los procesos administrativos vinculados a la tramitación de un accidente de trabajo.
- b) Resaltar la importancia de las prestaciones médicas y económicas durante el periodo de incapacidad de los asegurados.
- c) Determinar las implicaciones socioeconómicas del asegurado con una incapacidad prolongada.

- d) Presentar sugerencias y recomendaciones que ayuden a la Caja de Seguro Social y a los asegurados a obtener mejores resultados en sus trámites y servicios por accidente de trabajo.
- e) Dotar a la institución en estudio de nuevas ideas que le permitan tomar decisiones relevantes acerca del pago oportuno de las prestaciones económicas y otros cambios que pudieran realizarse en los procesos del Programa de Riesgos Profesionales.
- f) Elaborar una propuesta que propicie un Consultorio de Asesoría en Materia de Fortalecimiento Familiar.

3.2. HIPÓTESIS

3.2.1. Hipótesis Científica

Las principales implicaciones de los pacientes del Programa de Riesgos Profesionales están determinadas por la demora de los procesos administrativos.

3.2.2. Hipótesis Nula:

Las principales implicaciones de los pacientes del Programa de Riesgos Profesionales no están determinadas por la demora de los procesos administrativos.

3.3. Las Variables:

3.3.1. Variable Independiente:

Las principales implicaciones de los pacientes del Programa de Riesgos Profesionales.

3.3.2. Variable Dependiente:

Demora de los procesos administrativos.

3.4. ÁREA DE ESTUDIO

Se ha elegido como área de estudio la Caja de Seguro Social, específicamente el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr.A.A.M. por ser el nosocomio más importante del país.

El Hospital General ofrece atención a los pacientes del servicio de ortopedia que son tratados de manera ambulatoria y hospitalaria. Los asegurados que allí concurren son evaluados por los galenos para ofrecerles tratamiento oportuno de acuerdo a su patología.

El estudio aglutina las experiencias de pacientes del servicio de ortopedia con una incapacidad prolongada de medio año o más. En esta condición se

cuenta con un mayor número de pacientes del sexo masculino, y con un mínimo del sexo femenino; ya que se reportan mayores accidentes de trabajo entre los hombre que en las mujeres.

3.5. UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO

La cobertura de los riesgos profesionales es amplia, puesto que la misma es aplicable a todos los trabajadores de la República, cubriéndose aproximadamente un total de 33,374 empresas que realizan actividades variadas dentro del territorio nacional, tales como: construcciones, minas, canteras, excavaciones, fábricas, talleres y otros; en los cuales laboran aproximadamente un total de 211,973 personas²⁵.

“Una población (o universo) es la totalidad de los elementos o cosas que se toman en consideración”²⁶. El universo de nuestro estudio lo comprenden 263 asegurados, quienes fueron hospitalizados por accidentes de trabajo en el C.H.M.Dr.A.A.M, servicio de ortopedia en el lapso del año 2004 a marzo de 2006. Eran personas con más de seis meses de incapacidad, a la fecha en que

²⁵ CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Departamento de Establecimiento Directorio. 2002.

²⁶ Berenson Mark L. y tros. Estadística para la Administración. Editorial Pearson Educación. México 2005. Pág. 5.

se aplicó el instrumento de medición, y que adolecían de algunas implicaciones asociadas al accidente laboral. “Para el estudio de este grupo se tomará un sector, al cual se le conoce como muestra”²⁷.

Fundamentándonos en las sugerencias sobre muestreo del investigador Jorge Padua nos inclinamos por el muestreo simple al azar en el cual todos los elementos que componen el universo tienen la misma probabilidad de ser seleccionados.

Según Padua “La probabilidad para un individuo de ser extraído en la muestra resulta de la siguiente relación:

$$\text{Donde: } p = \frac{1}{N}$$

N = tamaño de la población”²⁸.

Vale señalar que el estadígrafo que nos colaboró en la validación de los datos de esta investigación avaló tal selección.

²⁷ López, Ana Luisa ; Pick Susan. *Cómo Investigar en Ciencias Sociales*. Editorial Trillas. México. 1994. Pág. 84.

²⁸ Padua Jorge. *Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales*. El Colegio de México y el Fondo de Cultura Económica. México. 1996. Pág. 65.

La muestra es al azar, extraída de la opinión de pacientes del servicio de ortopedia, en el periodo citado, cuyo tratamiento haya sido prolongado y mantenga control médico en el C.H.M.Dr.A.A.M.; empero, que dicho control médico o atención se haya producido en mes de septiembre de 2006, fecha de la aplicación del cuestionario. Se eligió este mes (septiembre) debido a que el total del universo del estudio ajustaba los seis (6) meses de incapacidad para ese periodo; a nuestra consideración, estos pacientes se encontraban en condiciones de revelar las implicaciones del infortunio laboral.

La muestra seleccionada está conformada por 76 pacientes atendidos en el en el Hospital General y La Especializada, en las ubicaciones que a continuación señalamos. En el quinto piso del servicio de ortopedia, donde se encuentra la sala de hospitalización y en la planta baja del edificio viejo donde funciona la consulta externa de ortopedia. Al igual que en el octavo piso, en el servicio de Trabajo Social, en el área de Medicina Física y Rehabilitación. Son éstos los lugares que frecuentan los pacientes que reciben un tratamiento integral en el Hospital General.

Para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios y las entrevistas se consideró como horario más apto el de las horas de la mañana (entre las 8:00 a.m. y las 12:00 m.d.) y en la tarde (de la 1:00 p.m. a las 2:00 p.m.). Por ser estas las horas de mayor actividad en el periodo programado, en el mes de septiembre de 2006. Para esta labor se requirió como apoyo una asistente para la aplicación del cuestionario.

3.6. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo que busca obtener información de las implicaciones socioeconómicas que tienen lugar de un accidente laboral; fundamentando la investigación en la situación panameña de un grupo de asegurados en materia de Riesgos Profesionales, en la recuperación del asegurado accidentado y los cambios dentro de su grupo familiar; con el fin de detectar con claridad la problemática y las dificultades que tienen que vencer quienes se accidentan en el área laboral. Asimismo se hará referencia a los trámites y servicios que se le brindan a éstos pacientes, señalando de forma general, las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que se dan dentro de este entorno.

Esta investigación contiene paralelamente un diseño metodológico de carácter cualitativo y cuantitativo, ya que por su tenor requiere el uso de técnicas especializadas para analizar datos de varias personas, llegar a una perspectiva más general de lo que sienten los individuos del fenómeno particular al que se enfrentan y representar los datos en forma de números y textos. Ambos enfoques logran un complemento para la concretización de la investigación realizada, permiten describir y presentar la información adecuada, además de poder obtener pronósticos confiables.

De acuerdo al profesor César Augusto Bernal, “los investigadores que utilizan el método cualitativo buscan entender una situación social como un todo, teniendo en cuenta sus propiedades y su dinámica”²⁹. El método cualitativo se orienta a profundizar casos específicos, su preocupación es describir el fenómeno social a partir de rasgos determinantes.

Para algunos tratadistas como Sampieri y otros, el método cuantitativo, consiste en comprender un fenómeno complejo y proporcionar a profundidad los datos.

²⁹ Bernal César, Augusto. Op. Cip. Pág.57.

Con ambos métodos la investigadora pretende conocer las implicaciones de los accidentes de trabajo en los pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de ortopedia del C.H.M.Dr.A.A.M. en el periodo 2004-2006, a fin de llegar a una propuesta que permita la posibilidad de crear un nuevo modelo organizativo o que haga factible a las autoridades de la institución brindar soluciones a los hallazgos encontrados en la investigación.

Coincidimos con el criterio de los autores Sampieri y otros en cuanto a que “Ambos enfoques resultan muy valiosos y han realizado notables aportaciones al avance del conocimiento”³⁰.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas vinculadas al proyecto son:

Se contactó a un perito (estadígrafo) para asegurarnos de que las preguntas efectuadas permitieran recolectar los datos precisos para convertirlos luego en información que constituyan particularidades del Programa de Riesgos

³⁰ Hernández Sampieri, Roberto y otros. Metodología de la Investigación. 3ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2002. Pág. 16.

Profesionales. Los resultados servirán para corregir en el futuro situaciones contraproducentes dentro de la institución y su entorno.

Con la guía del estadígrafo, reestructuramos las preguntas, de manera clara y concisa para que la muestra de la investigación responda a los ítems sin mayores dificultades. Se estima que la muestra debe estar constituida por asegurados de diferentes estratos sociales.

Se han utilizado las técnicas de recolección de datos más comunes:

3.7.1. Observación participante: que se caracteriza por la presencia de la investigadora en los propios escenarios donde se concretizan las hospitalizaciones y tratamiento ambulatorio de aquellas personas en estudio.

3.7.2. La observación documental: fundamentada en material de apoyo de los archivos institucionales que permitieran obtener información sobre la muestra.

3.7.3. Entrevista: entre la investigadora y sus informantes para conocer de primera fuente la opinión de los mismos sobre las experiencias y situaciones

vividas por ellos en el lapso de su recuperación. Aquí la entrevistadora logró ganarse la confianza de los interlocutores, aunque solicitaron la garantía de permanecer en el anonimato.

En este punto se contó con una guía de temas generales con preguntas tales como:

¿Estaría dispuesto a cambiar de institución, si la atención que recibe la considera como de baja o poca calidad?

¿Estaría dispuesto a pagar más con tal de lograr un mejor servicio?

¿Valora la amabilidad, confort y puntualidad en la atención que recibe durante su rehabilitación?

¿Se siente apoyado por el Programa de Riesgos Profesionales?

¿Exige usted servicios y productos excelentes porque estima que los puede obtener?

Todas estas interrogantes se efectuaron a un pequeño grupo de diez (10) personas, elegidas al azar y que actuaron anónimamente, las cuales estuvieron dispuestas a expresar y compartir sus ideas.

En cuanto a las entrevistas y la observación del área de estudio, estas acciones se irán desarrollando simultáneamente en las diferentes etapas del trabajo debido a que son parte esencial de la investigación y del mismo trabajo, dado que deseamos plasmar lo más completo posible la información recolectada.

3.7.4. Cuestionario: Con el propósito de tener una mayor concreción de las generalizaciones de los pacientes con implicaciones de accidentes de trabajo se aplicó un cuestionario a la muestra.

3.7.4.1. Uso del cuestionario

“Independientemente de su modalidad, el cuestionario es recomendable para obtener información relativa a comportamientos individuales, informaciones, opiniones, intenciones, características sociales, actitudes, valores, intenciones de compra, de voto. Emplea la indagatoria directa de las personas idóneas”³¹.

Los cuestionarios contienen una serie de interrogantes que respondidas por los sujetos en la encuesta arrojan los datos necesarios que permiten estudiar el

³¹ Gólcher Ileana. Escriba y Sustente su Tesis. Editorial Letras Panameñas. Panamá. 2003. Pág.199

hecho o problema propuesto en la investigación, o bien probar las hipótesis formuladas.

Conocedores del tema indican que en el cuestionario se obtiene información relativa al sentir de las personas ante las preguntas previamente preparadas. Las interrogantes poseen dos cualidades básicas:

A-Confiability: Es la parte que comprueba si una interrogante es confiable, si al ser aplicada en condiciones iguales a las mismas personas, en diversas oportunidades, brinda siempre como resultado similares respuestas.

B-Validez: Se refiere a si las respuestas obtenidas reflejan exactamente la realidad que se desea medir en la investigación.

3.7.4.2. Ventajas de los Cuestionarios, según Ileana Gólcher ³²

1-Los costos son menores que los de otros instrumentos de recolección de datos, tanto en su elaboración como en su aplicación.

2-Son administrados de forma simultánea a una muestra representativa de población.

³² Gólcher Ileana. Ibid. Pág. 200.

3- Asegura una mayor uniformidad de las respuestas, por su naturaleza impersonal, su lenguaje estandarizado, la secuencia de las interrogantes y las instrucciones para responder,

4-Debido a su carácter anónimo puede motivar mayores márgenes de confianza en el suministro de la información, al igual que un alto margen de libertad de pensamiento.

5-En caso de ser enviados por correo, su cobertura de aplicación es mayor y sitúan a las personas interrogadas ante un mayor margen de las respuestas inmediatas.

3.7.4.3. Forma de presentación del cuestionario

De acuerdo a los objetivos de cada investigación, los cuestionarios pueden ser presentados a través de varias formas:³³

-Por entrevistas personales

-Cuestionarios por correo

-Anexados al cheque de los funcionarios de una institución, para solicitarles su colaboración.

-Publicar el cuestionario a través de los medios de comunicación y solicitar a

³³ Gólcher Ileana. Ibid. Págs.200-201.

los interesados que lo contesten.

Cada uno de estos modelos son de uso frecuente en nuestro medio.

El cuestionario empleado por la investigadora para ésta labor consta de 20 ítems, distribuidos en 2 páginas completas, en ambas caras, contiene preguntas abiertas, cerradas y en grado de intensidad (muestran diversos grados de intensidad para una misma pregunta), en su mayoría las preguntas son de selección múltiple.

El cuestionario fue aplicado en el mes de septiembre del año 2006, a los pacientes seleccionados, mediante entrevista personal, dirigidas por la investigadora; con el propósito de obtener sus expectativas con relación al Programa de Riesgos Profesionales de la C.S.S., igualmente para identificar las implicaciones que surgen después que una persona sufre un accidente de trabajo.

Una característica de nuestra experiencia al respecto es que el paciente solicitaba con frecuencia que el mismo se le llenara, él respondía a las

preguntas, pero quien escribía, era su acompañante o la investigadora.

Las entrevistas, la aplicación del cuestionario de trabajo y la observación directa se realizaron en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, con los pacientes cuyas características corresponden a la muestra del estudio.

3.8. LOS RECURSOS

3.8.1 Recurso Humano que Colaborará en el Estudio

La planeación del recurso humano es trascendental para el logro de los objetivos trazados, para operar en el presente y en el futuro. Logrando así realizar tareas de forma lógica y clara. En virtud de esto, el recurso humano que participará en la elaboración del proyecto estará compuesto por diversos profesionales dentro de los que se destacan:

-La investigadora a cargo del estudio que consideró de prioridad investigar un tema de tal relevancia debido a las recurrentes problemáticas que confrontan los asegurados. Se trata de un verdadero compromiso con ellos y con el desarrollo de la seguridad social del país. La autora considera de

especial importancia dejar anotado en este acápite que para realizar las actividades diarias es crucial en todo momento gozar de completa salud.

-La figura del **asesor** de la tesis también es clave para la conducción de los diferentes capítulos, y para escuchar sus consejos o su dictamen acerca de diversos aspectos.

-Un eslabón entre la investigadora y el asesor de la tesis lo constituye el **estadígrafo** para el análisis e interpretación de los datos.

-La evolución del mundo actual en sus diferentes ramas hace obligatorio solicitar la colaboración de un **perito en español** para afinar detalles propios de los capítulos desarrollados. Como parte de nuestra superación profesional en el ambiente laboral contamos con un seminario de redacción y ortografía que fue de beneficio para el desarrollo de funciones diarias; específicamente laborales y académicas.

-Por motivos laborales la aplicación del cuestionario exige contar con un **asistente** que tuvo a su cargo la entrega de los formularios, la supervisión de

los mismos y resolver las dudas a la muestra, así como confirmar que el cuestionario era completado en su totalidad y recogerlos al finalizar cada sesión.

-Los pacientes del Programa de Riesgos Profesionales, con las características enunciadas en el tema del trabajo, son recursos humanos igualmente valiosos en la realización del trabajo.

-Otros recursos humanos indirectos lo constituyen las **autoridades de la C.S.S., dirigentes y otras élites de la población** que serán instrumentos que aportarán mucho a esta investigación al ampliar opiniones e ideas sobre el tema de Riesgos Profesionales. Tales como: el jefe de Riesgos Profesionales, (ver página 27), el jefe del Servicio de Ortopedia, (véase la página 36).

3.8.2 Recursos Económicos

En cuanto al dinero que se invertirá en el desarrollo de la investigación se utilizará el aporte económico que designe la autora a éste y el auxilio económico que brinde la C.S.S.

Como es de conocimiento general, los recursos humanos son importantes, sin embargo, el contar además con el recurso económico requerido para un trabajo de esta envergadura es fundamental como parte esencial de una investigación de esta magnitud.

3.8.3 Recursos Técnicos

En conjunto se contará con la participación en docencias de la Caja de Seguro Social, en entrevistas con las autoridades del Programa de Riesgos Profesionales, en la lectura de datos de documentos asociados al tema y de recientes informaciones del Boletín Informativo Visión Hospitalaria de la Caja de Seguro Social emitido por el departamento de Relaciones Públicas. Todos ellos serán recursos valiosos a los que se accederá para la compilación de datos fundamentales para la tesis.

3.9. GASTOS

3.9.1. Gastos Tangibles:

Constituyen gastos tangibles todos aquellos que se pueden percibir o tocar de manera precisa. Por ejemplo: artículos como bolígrafos, lápices, CD, disquete, hojas de papel blancas y de rayas; empleo de la computadora y sus derivados; etc.

3.9.2. *Gastos Intangibles:*

Se refiere a los pagos que hay que realizar por concepto de: energía eléctrica, alimentación (cuando las labores de investigaciones y demás ocurren fuera del ambiente cotidiano), transporte (colectivo y selectivo), y telecomunicaciones con el recurso humano señalado en las líneas anteriores.

Cabe resaltar que el periodo de elaboración de la tesis (2006 - 2007) se vio atrapado por constantes incrementos del petróleo que repercutían en los productos, bienes y servicios de la población. Queremos recalcar que el presupuesto programado al inicio del proyecto se incrementó por los hechos planteados y por gastos adicionales no contemplados en el mismo. Sin embargo, la investigadora, ha sabido soliviantar tales barreras.

3.10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En la página siguiente se incluye el cronograma de actividades que elaboramos para el desarrollo de la investigación, revela compromisos y fechas establecidas previamente, a las que tratamos de ajustarnos en todo momento.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																									
Actividades	2 0 0 6												2 0 0 7												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Concebir la idea de investigación (Sector Salud)																									
Planteamiento del Tema																									
Revisión de la literatura																									
Elaboración de Capítulo I																									
Adelantos en Capítulos (II y III)																									
Aplicación del Instrumento de Medición																									
Análisis e Interpretación de los Datos																									
Elaboración del Capítulo (II)																									
Elaboración de Capítulos (III y IV)																									
Procesos Administrativos correspondientes																									
Selección y Preparación del Resumen para Sustentación. Imprevistos																									
Revisión de la Tesis y Sustentación																									

Fuente: La autora.
Panamá, enero de 2006.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

Una de las partes más relevantes de una investigación es la del análisis e interpretación de los datos; por ello antes de revelarlos describiremos un material que ayuda a interpretar mejor la información de éste capítulo:

4.1. Dato: Información relacionada directamente con un hecho. No sólo hay que considerar como datos a las estadísticas o a las respuestas a las preguntas de las encuestas o cuestionarios, sino también a cualquier material reunido durante la realización de una investigación que sirva como información y antecedentes necesarios para el conocimiento de una cosa.

Las principales técnicas de recolección de datos son: entrevistas, cuestionarios, encuestas, observación, escalas de medición, análisis de contenido, listas de cotejo, test, etc.

Los datos de nuestra investigación son el resultado de entrevistas y un cuestionario que nos permitió llegar más fácilmente al conocimiento de la investigación que nos planteamos.

4.2. Lista de Tablas y Figuras

Una tabla, en materia de investigación, es una serie o conjunto de números, valores o unidades relacionados entre sí, los cuales se presentan en columnas para facilitar sus relaciones, comparaciones o referencias.

Las figuras, cuando se trata de una investigación, se conocen como las ayudas visuales de cualquier forma que sean, a excepción de tablas: diagramas, y circulares, pictogramas, organigramas, mapas conceptuales, cuadros sinópticos, dibujos, fotografías, diagramas de flujo y toda representación gráfica que incluya imágenes.

En total se elaboraron 37 cuadros de la información obtenida, de los cuales mostraremos en el texto del trabajo, los que tienen los datos más valiosos, con relación al tema de graduación. Son 17 cuadros con sus respectivas gráficas, el análisis y la interpretación de los mismos. El resto de los 20 cuadros se presentaran en los anexos del trabajo a fin de que el lector aprecie toda la recopilación de los datos. De inmediato se incluyen los cuadros y gráficas referidas, cada uno de los ítems de un mismo tema continuados por los comentarios e interpretación de la autora, a las situaciones encontradas en los cuestionarios y entrevistas.

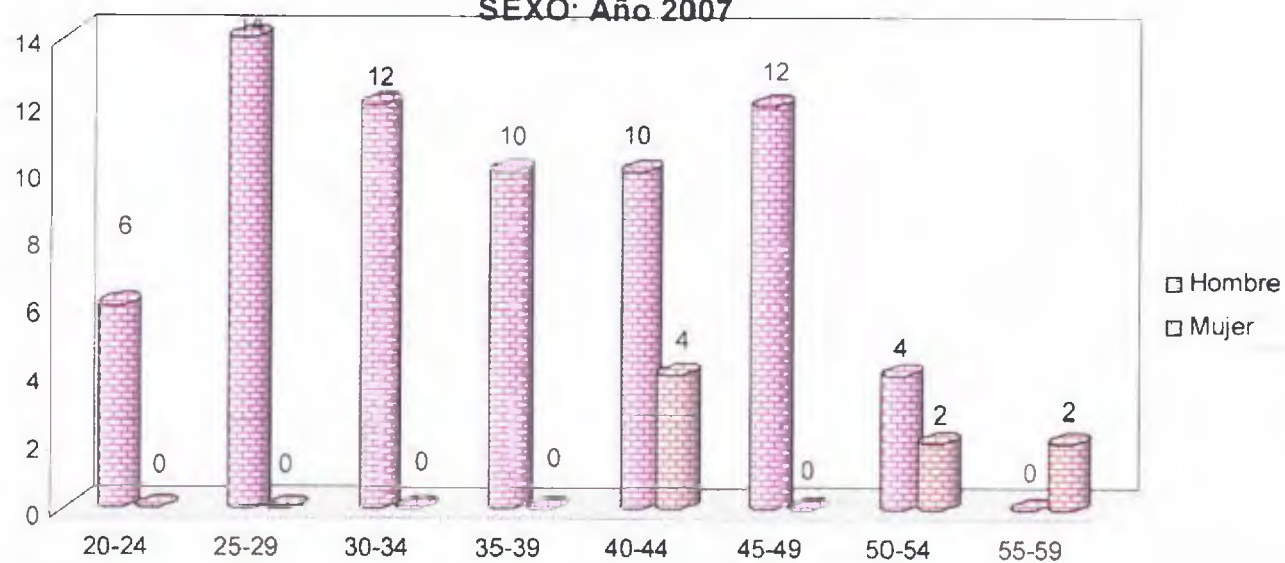
CUADRO N° 1.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) SEGÚN GRUPO DE EDAD
Y SEXO: Año 2007.

GRUPO DE EDAD (años)	PACIENTES ENCUESTADOS				
	TOTAL	S E X O			
		HOMBRE		MUJER	
		Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>68</u>	89,5	<u>8</u>	10,5
20-24	6	6	7,9	0	0,0
25-29	14	14	18,4	0	0,0
30-34	12	12	15,8	0	0,0
35-39	10	10	13,2	0	0,0
40-44	14	10	13,2	4	5,3
45-49	12	12	15,8	0	0,0
50-54	6	4	5,3	2	2,6
55-59	2	0	0,0	2	2,6

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N°1
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) SEGÚN GRUPO DE EDAD Y
SEXO. Año 2007



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°1

En el cuadro N°1 se reúne información sobre el número de pacientes encuestados de acuerdo a su sexo y edad. De un total de 76 encuestados se evidencian resultados por sexo y según grupo de edad. El mismo cuadro revela que en su mayoría las muestras están configuradas por varones, encontramos 68 hombres accidentados y sólo 8 mujeres, deduciendo así la investigadora que los hombres están más expuestos a tener accidentes de trabajo, de acuerdo a las diferentes tareas que realizan. Cifras de la población económicamente activa reflejan que laboran en Panamá más hombres que mujeres. Además se percibe que los trabajos de los varones son más fuertes, intensos y peligrosos, implicando mayores riesgos; en tanto la mujer ejerce regularmente labores de manera sedentaria y menos arriesgadas. También se puede observar que los más proclives a los accidentes son hombres en edades de 25 a 29 años.

No descartamos que la experiencia y la habilidad de los roles cotidianos de personas de más edad, tal vez evitan una mayor incidencia de accidentes en personas cuyas edades son superiores a las de los accidentados. En el grupo de las mujeres en edades de 40 a 44 años se revelan más accidentes, considerando edades inferiores y superiores de accidentadas.

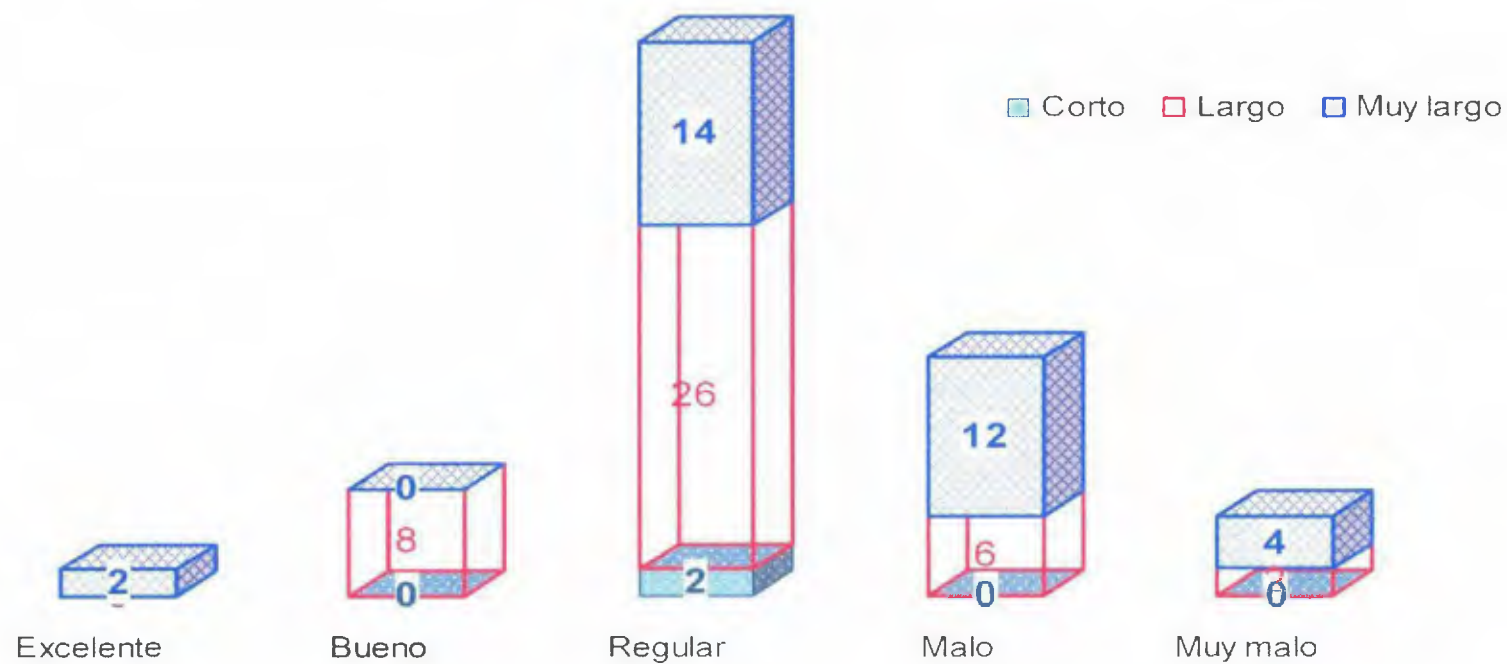
CUADRO N° 2
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) SOBRE SU APRECIACIÓN
DE LA DURACIÓN DEL TRÁMITE DE
LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL PROCESO
ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE
RIESGOS PROFESIONALES: Año 2007.

APRECIACIÓN SOBRE EL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA	PACIENTES ENCUESTADOS						
	TOTAL	DURACIÓN DEL TRÁMITE DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS					
		CORTO		LARGO		MUY LARGO	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	76	2	2,6	42	55,3	32	42,1
Excelente	2	0	0,0	0	0,0	2	2,6
Bueno	8	0	0,0	8	10,5	0	0,0
Regular	42	2	2,6	26	34,2	14	18,4
Malo	18	0	0,0	6	7,9	12	15,8
Muy malo	6	0	0,0	2	2,63	4	5,3

%: Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N° 2: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) SOBRE SU APRECIACIÓN DE LA DURACIÓN DEL TRÁMITE DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES : Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°2

En el cuadro N°2 se observa la apreciación de los pacientes encuestados sobre la duración del trámite de las prestaciones económicas del programa de Riesgos Profesionales en cuanto al proceso administrativo que conlleva.

De las 76 personas encuestadas, 42 consideran que el proceso es largo; 32 opinan que el mismo es muy largo; y sólo dos de los entrevistados dijeron que este es corto. El proceso fue catalogado por 42 personas como regular y dos asegurados lo percibieron excelente. Lo anterior revela que un porcentaje relevante no se encuentra satisfecho con el proceso, se sienten inconformes con la demora que resulta de dicho trámite.

De acuerdo a los resultados de los cuestionarios analizados, los usuarios aducen que el trámite contiene mucha burocracia e ineficiencia del personal administrativo, entre otros.

Entre algunas opiniones enmarcadas en las entrevistas algunos expresaron que no se sienten apoyados por el Programa de Riesgos Profesionales y que estarían dispuestos a pagar más por un mejor servicio, para evitar demoras en sus procesos.

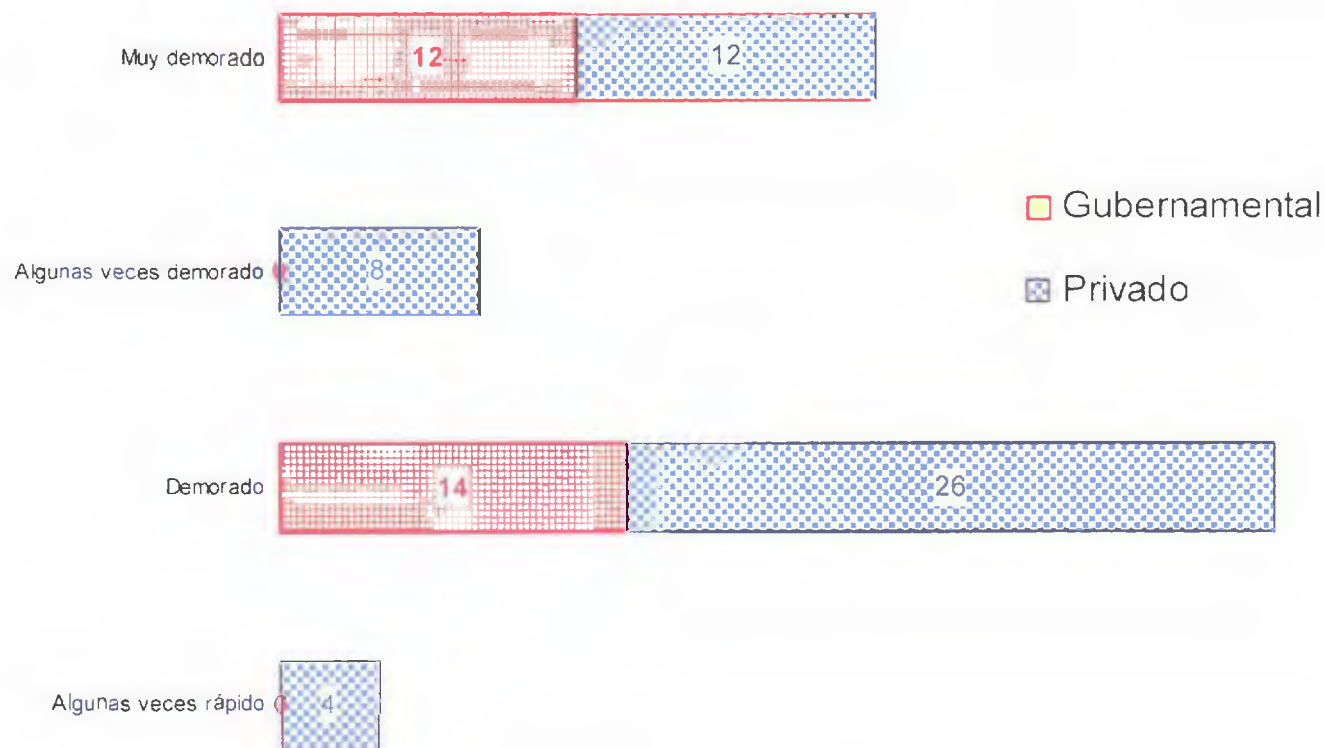
CUADRO N° 3.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SECTOR DONDE
LABORA, SEGÚN SU APRECIACIÓN EN CUANTO AL TIEMPO DE PAGO
DE LOS CHEQUES INCAPACIDAD: Año 2007.

APRECIACIÓN DEL TIEMPO DE PAGO DE INCAPACIDADES	PACIENTES ENCUESTADOS					
	TOTAL		SECTOR DONDE LABORA			
	NÚMERO	%	GUBERNAMENTAL		PRIVADO	
			Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>26</u>	<u>100,0</u>	<u>50</u>	<u>100,0</u>
Algunas veces rápido	4	5,3	0	0,0	4	8,0
Demorado	40	52,6	14	53,8	26	52,0
Algunas veces demorado	8	10,5	0	0,0	8	16,0
Muy demorado	24	31,6	12	46,2	12	24,0

%: Calculado en base en el total de columna.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N° 3: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SECTOR DONDE LABORA,
SEGÚN SU APRECIACIÓN EN CUANTO AL TIEMPO DE PAGO DE LOS CHEQUES DE
INCAPACIDAD: Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°3

En el cuadro N°3 se señala el número de pacientes encuestados de acuerdo al sector donde ellos laboran y según su apreciación en cuanto al tiempo de pago de las incapacidades. El gran total de las muestras es 76 individuos, desglosados de la siguiente forma: 26 pacientes laboran en una entidad estatal y 50 en el sector privado. De los servidores públicos 14 consideran que el pago de las incapacidades es demorado y 12 lo califican como muy demorado. De los que laboran en una entidad privada: 26 dijeron que es demorado; 12 que es muy demorado; 8 que algunas veces es demorado y sólo 4 estiman que algunas veces este es rápido.

Es relevante destacar que según apreciación del personal del sector gubernamental el tiempo del pago de las incapacidades es demorado o muy demorado; denotando insatisfacción esta masa laboral.

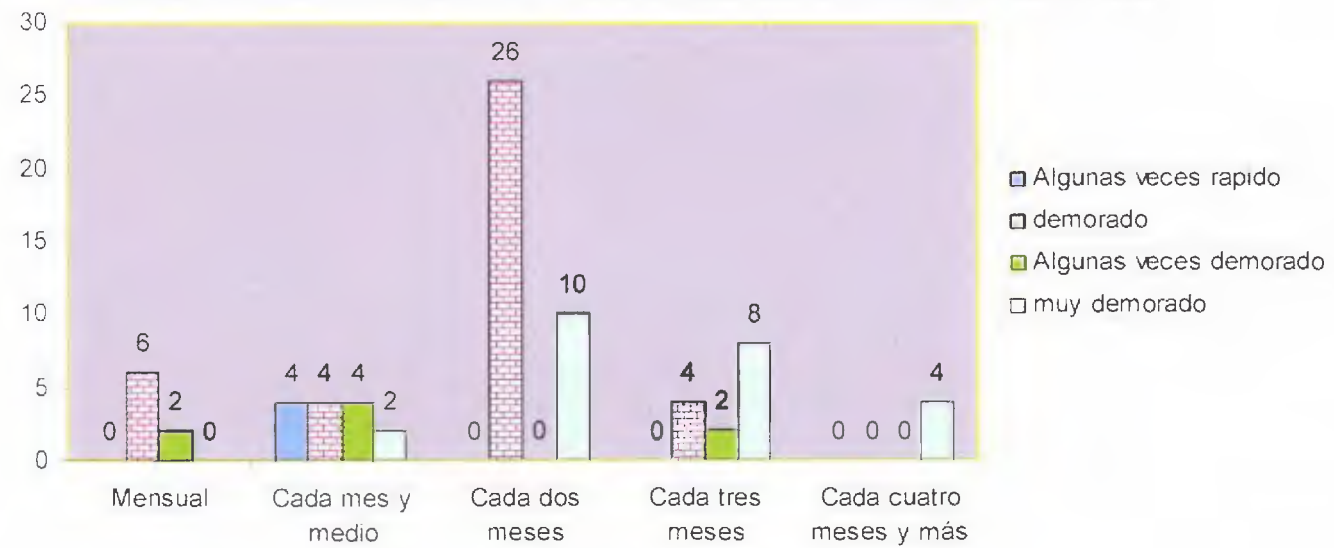
Se infiere que el pago de incapacidades para el sector gubernamental es más demorado, por la dilatación en el engranaje del sector gobierno, en cuanto a la revisión, firma de documentos, más la entrega de la resolución de exclusión de planilla que debe ser compatible con la fecha de la incapacidad otorgada al paciente por el médico tratante cada mes.

Una parte del sector privado denota que los accidentados encuentran que algunas veces los procesos son rápidos. Esto es una apreciación de un pequeño número, en comparación con el sector gobierno que no tuvo esta experiencia, lo que suponemos es que los procesos administrativos internos de la empresa privada son un poco más lacónicos, debido a que no requieren de una resolución de exclusión de planilla y otros pasos rigurosos y burocráticos establecidos en el Departamento de Recursos Humanos de la empresa pública.

Esta gráfica N° 3 tiene otra connotación; pone en evidencia que ocurren más accidentes de trabajo en el sector privado que en el sector gubernamental. Lo atribuimos a que los trabajos del gobierno son menos riesgosos y más livianos. Del sector gobierno se experimentan más accidentes en el área de la Policía Nacional y en algunos ministerios tales como: Obras Públicas y Ministerio de Vivienda.

Del sector privado se observan más accidentes en el área de la construcción y en empresas de seguridad.

GRÁFICA N°4
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SU APRECIACIÓN ACERCA DE LA
FRECUENCIA EN EL PAGO DE LOS CHEQUES DE INCAPACIDAD: Año 2007



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°4

En el cuadro N°4, un grupo de 26 personas cobraron su dinero cada dos meses, opinaron que el proceso de pago es demorado; de esta situación se puede interpretar que hubo un desequilibrio económico para el trabajador, considerando que normalmente hay personas que cobran por semana o por quincena. Un total de 10 encuestados cobraron también cada dos meses, y su criterio acerca del tiempo de pago de las incapacidades es considerado como muy demorado. Es bueno destacar que ocho personas cobraron su cheque de incapacidad mensualmente.

Otro grupo de cuatro personas cobró su cheque de incapacidad cada mes y medio, su percepción del trámite es que algunas veces es rápido. Una lista de cuatro personas estimó el tiempo de pago como algunas veces demorado, a pesar de que cobraron cada mes y medio

Por último, cuatro asegurados cobraron cada tres meses y más. Esto representó para ellos un periodo de aproximadamente cinco quincenas atrasadas, obstruyendo la cancelación a tiempo de sus compromisos adquiridos y pagos de gastos fijos, lo que indica una inhibición de eliminar sus deudas y cumplir con sus actividades cotidianas, utilizando sus ingresos, producto del pago de incapacidades.

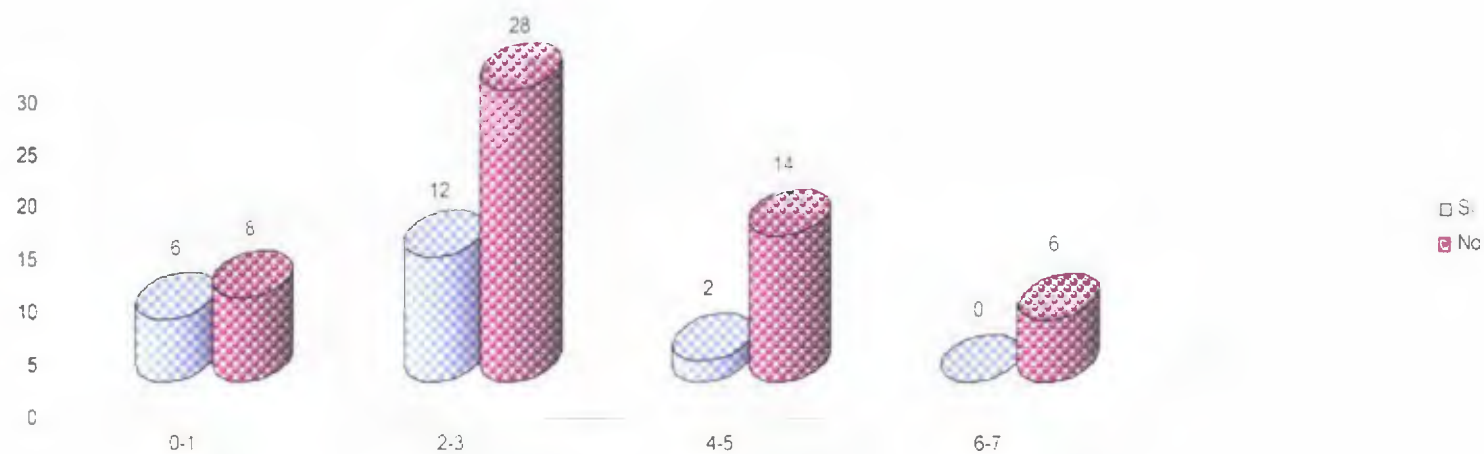
CUADRO N° 5.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS)
POR TENENCIA DE AHORROS CUANDO OCURRIÓ
EL ACCIDENTE, SEGÚN NÚMERO
DE DEPENDIENTES: Año 2007.

NÚMERO DE DEPENDIENTES	PACIENTES ENCUESTADOS				
	TOTAL	TENÍA DINERO AHORRADO CUANDO SUFRIÓ EL ACCIDENTE			
		SI		NO	
		Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	76	20	26,3	56	73,7
0-1	14	6	7,9	8	10,5
2-3	40	12	15,8	28	36,8
4-5	16	2	2,6	14	18,4
6-7	6	0	0,0	6	7,9

%: Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N°5
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR TENENCIA DE AHORROS CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE, SEGÚN
NÚMERO DE DEPENDIENTES: Año 2007



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°5

En el cuadro N°5 se muestra el número de pacientes que tenían dinero ahorrado al momento de ocurrir el accidente, según la cantidad de dependientes. De 76 personas encuestadas, 20 respondieron que sí tenían ahorros; 12 familias tenían de dos a tres dependientes, seis sólo tenían uno o ningún dependiente, otras familias tenían entre cuatro a cinco dependientes.

En cuanto al resto de la muestra o población consultada sobre ahorros y número de dependientes, 56 contestaron que no tenían ahorros; destacándose de éste gran total que: 28 encuestados tienen de 2 a 3 dependientes, 14 reportaron de cuatro a cinco dependientes, ocho familias tenían un dependiente o carecían de éstos. Relacionando estos dos grupos se puede deducir que en su mayoría estos individuos no estaban preparados económicamente para afrontar un imprevisto que representará incurrir en inversiones económicas.

Otro elemento característico al respecto es que mientras menos dependientes había por asegurado, mayores posibilidades tenían de ahorrar. Todo lo anterior supone que ante la espera del pago de cheques de incapacidad una parte de incapacitados tuvo un paliativo para confrontar compromisos fijos y adicionales ocasionados por hechos incontrolables.

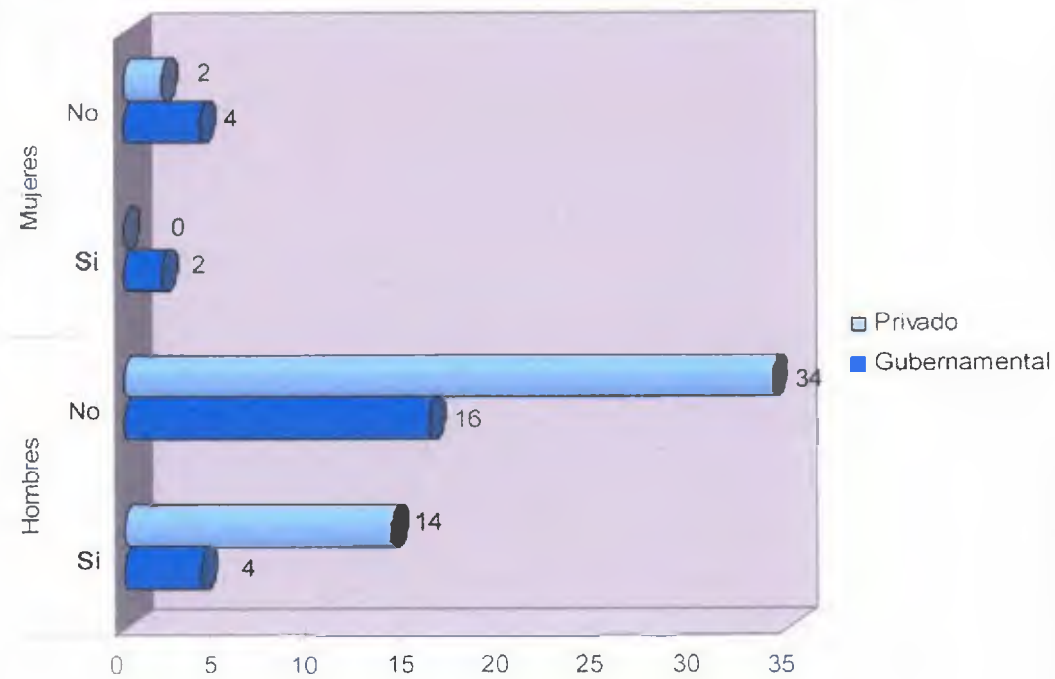
CUADRO N° 6.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO Y TENENCIA DE DINERO AHORRADO
AL MOMENTO DEL ACCIDENTE, SEGÚN SECTOR DONDE LABORA: Año 2007.

SECTOR DONDE LABORA	PACIENTES ENCUESTADOS								
	TOTAL	TENIA DINERO AHORRADO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE							
		H O M B R E				M U J E R			
		TOTAL	SI	%	NO	TOTAL	SI	%	NO
TOTAL	76	68	18	26,5	50	8	2	25,0	6
GUBERNAMENTAL	26	20	4	5,9	16	6	2	25,5	4
PRIVADO	50	48	14	20,6	34	2	0	0,0	2

%: Calculado en base en el total del renglón, dentro de cada sexo.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N°6
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO Y
TENENCIA DE DINERO AHORRADO AL MOMENTO DEL
ACCIDENTE, SEGÚN SECTOR DONDE
LABORA: Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°6

En el cuadro N°6 se especifica la cantidad de encuestados por sexo, si tenían ahorros al momento del accidente y el sector (público o privado) donde laboran. De un total de 76 personas, 68 son hombres y ocho mujeres.

El mayor número de accidentados, o sea 50, laboran en el sector privado y 26 en el sector gubernamental. De los varones 18 tenían ahorros y 50 no poseían reservas de dinero. Del grupo femenino dos tenían ahorros y seis no.

De un grupo de 20 varones empleados en el sector gubernamental, cuatro tenían ahorros y 16 no. De 48 varones que laboraban en una entidad privada 14 tenían ahorros y 34 no contaban con éstos. De seis mujeres que laboran en una entidad gubernamental sólo dos poseían ahorros y cuatro no tenían; y de dos correspondientes al sector privado, ninguna tenía dinero ahorrado en el momento que aconteció el accidente. Este cuadro permite intuir que las personas que laboran en el sector privado ahorran más que los que trabajan en el gobierno. Igualmente se advierte que de las personas que se accidentaron, los hombres tienden a ahorrar más que las mujeres.

Por otro lado, predomina un elevado número de accidentados sin hábitos de ahorro, destacándose mayormente esta condición en el sector gubernamental.

CUADRO N° 7.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO, SEGÚN
ESTATUS LABORAL DE SU GRUPO FAMILIAR: Año 2007.

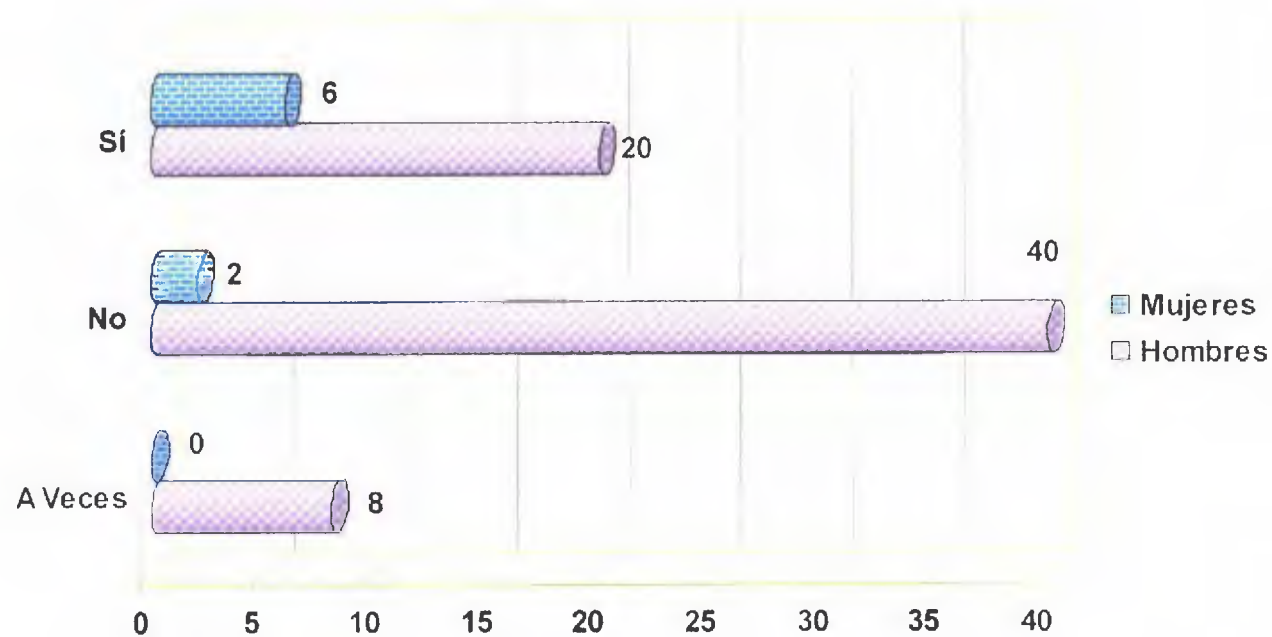
ALGUIEN MAS TRABAJA DENTRO DE SU GRUPO FAMILIAR	PACIENTES ENCUESTADOS					
	NÚMERO	PORCENTAJE	HOMBRE		MUJER	
			Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>68</u>	89,5	<u>8</u>	10,5
SI	26	34,2	20	21,0	6	7,5
NO	42	55,3	40	58,0	2	2,5
A VECES	8	10,5	8	11,0	0	0,0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

%: Calculado con base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N°7: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO,
SEGÚN ESTATUS LABORAL DE SU GRUPO
FAMILIAR: AÑO 2007



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°7

En el cuadro N°7 se observa que del grupo de hombres y mujeres, accidentados que tenían algún pariente trabajando al momento de sufrir su percance, de las 76 personas encuestadas, 42 dijeron que no tenían a nadie que laborara; 26 afirmaron que si tenían a alguien que trabajaba; y sólo ocho expresaron que a veces alguien de su grupo familiar contaba con una actividad remunerada.

De la muestra señalada anteriormente, 68 personas correspondían al sexo masculino; de los cuales 20 manifestaron que otra persona laboraba en su grupo familiar. Asimismo se acentúa que de la muestra total 40 hogares sólo cuentan con el ingreso del accidentado y una minoría de ocho personas tenía a otro pariente que laboraba a veces.

Lo que se intuye de la información anterior, es que esos hogares confrontaron innumerables limitaciones económicas cuando se produjo el accidente laboral.

En cuanto a las mujeres, que en su gran total es de ocho casos, seis personas en las diferentes familias afectadas laboran habitualmente, por lo que

éstas tienen más probabilidades de contar con un ingreso fijo, así no de forma directa. Otros hogares, es decir, dos familias no cuentan con otro ingreso fijo, lo que supone una posible crisis socioeconómica para pacientes y dependientes.

De la información recogida se infiere que cuando el afectado es la cabeza de la familia y no hay otros dentro de su entorno hogareño que trabajen, la situación se transforma en un estado de inestabilidad y crisis.

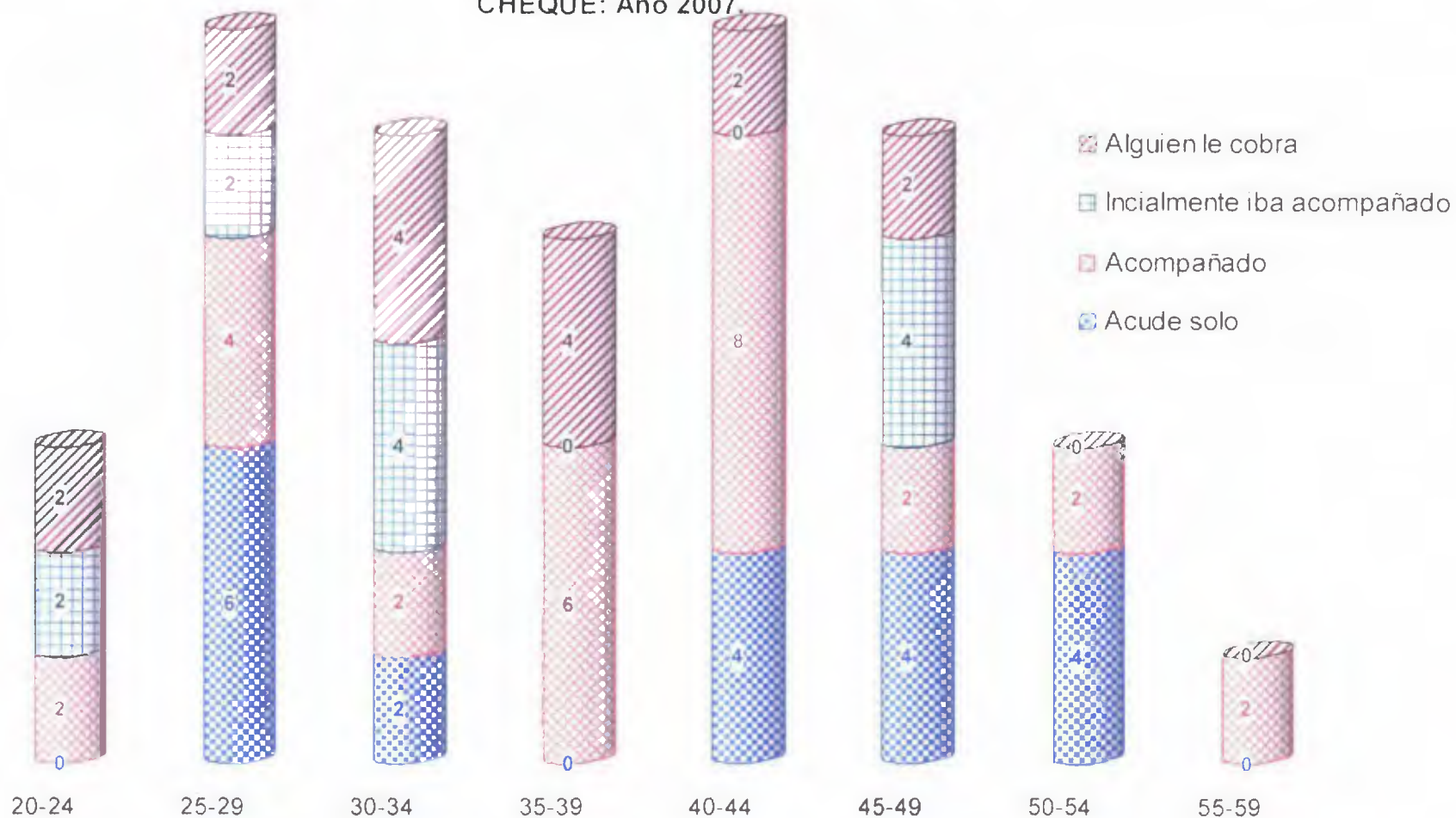
CUADRO N° 8.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR EDAD Y MODALIDAD DE RETIRO DEL
CHEQUE: Año 2007.

EDAD (años)	P A C I E N T E S E N C U E S T A D O S								
	TOTAL	MODALIDAD DE RETIRO DEL CHEQUE DE INCAPACITADO							
		Acude sólo		Acompañado		Inicialmente iba acompañado		Alguien le cobra	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>20</u>	26,3	<u>28</u>	36,8	<u>12</u>	15,8	<u>16</u>	21,1
20-24	6	0	0,0	2	2,6	2	2,6	2	2,6
25-29	14	6	7,9	4	5,3	2	2,6	2	2,6
30-34	12	2	2,6	2	2,6	4	5,3	4	5,3
35-39	10	0	0,0	6	7,9	0	0,0	4	5,3
40-44	14	4	5,3	8	10,5	0	0,0	2	2,6
45-49	12	4	5,3	2	2,6	4	5,3	2	2,6
50-54	6	4	5,3	2	2,6	0	0,0	0	0,0
55-59	2	0	0,0	2	2,6	0	0,0	0	0,0

%: Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N° 8: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR EDAD Y MODALIDAD DE RETIRO DEL
CHEQUE: Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°8

Cuadro N° 8, lo más relevante de esta gráfica es que de determinada muestra, únicamente 28 pacientes acuden a cobrar su cheque de incapacidad acompañados por terceros, dada su condición de simi-dependencia, en cuanto a movilización. También hay que destacar que de la muestra, un familiar asumió rol de acompañante del paciente y esta situación ha cambiado su papel y actuación normal.

Por otro lado, esta indagatoria a la muestra permitió conocer que un total de 20 pacientes acuden a cobrar solos, sin emplear la compañía de otros miembros, lo que representa algo positivo dentro de lo aciago del accidente, ya que denota independencia física y menos desequilibrio familiar.

Otro grupo, 16 personas específicamente manifestaron estar encargadas de cobrar los cheques de incapacidad del accidentado. Según datos que reposan en los archivos del departamento de Trabajo Social de la institución estudiada, normalmente los familiares que adquieren esta responsabilidad son: esposa o compañera, hijos, madres o hermanos del paciente.

Hay que destacar que un total de 12 pacientes inicialmente iban acompañados a retirar su cheque. Lo que supone una semidependencia para trámites personales fuera de su morada y un gasto adicional de transporte.

Podemos interpretar de la información recibida que tanto asegurados y familiares cambian parcialmente o totalmente sus roles acostumbrados con la llegada de un accidente de trabajo. Estos hechos, en ciertos casos originan problemas internos en el hogar, conflictos de intereses, dificultades e inestabilidad familiar; según declararon los consultados.

CUADRO N° 9.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO, SEGÚN
CONCEPTO SI HACÍA "CAMARONES" ANTES DEL ACCIDENTE: Año 2007.

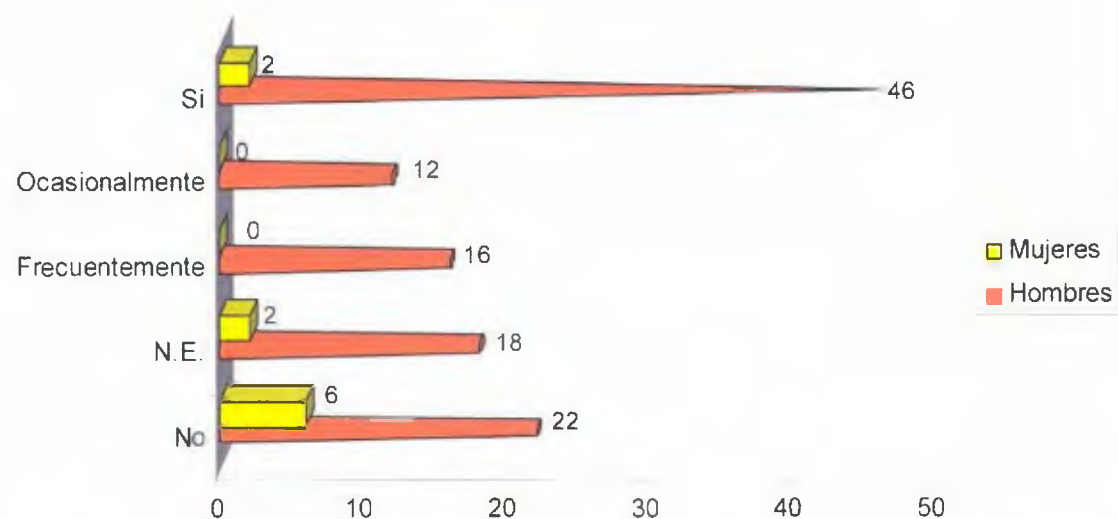
HACÍA CAMARONES ANTES DEL ACCIDENTE	PACIENTES ENCUESTADOS					
	TOTAL		HOMBRE		MUJER	
	Núm.	Porcentaje	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>68</u>	89,5	<u>8</u>	10,5
SI	<u>48</u>	63,2	<u>46</u>	95,8	<u>2</u>	4,2
OCASIONALMENTE	12	15,8	12	25,0	0	0,0
FRECUENTEMENTE	16	21,1	16	33,3	0	0,0
NE	20	26,3	18	37,5	2	4,2
NO	28	36,8	22	78,6	6	21,4

%: Calculado en base en el total del renglón.

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N°9
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO, SEGÚN SI
HACIA " CAMARONES" ANTES DEL
ACCIDENTE: Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°9

En el Cuadro N°9 se incluye información de la muestra sobre si el grupo de pacientes encuestados realizaba algún tipo de trabajo adicional antes del accidente, así como también en que sectores laboraban. De las 76 personas encuestadas solamente 46 varones y dos mujeres contestaron que sí efectuaban algún tipo de trabajo complementario, mientras que 22 hombres y seis mujeres dijeron que no.

Los datos reflejan que un número superior de varones realizaban algún tipo de trabajo adicional, en contraposición a un número inferior de los que señalaron no hacían otras actividades a parte de laborar para su jefe y cumplir con las asignaciones conferidas por éste.

Las mujeres no destacaron mucho en este renglón de realizar otros trabajos complementarios. Pocas tenían otra actividad laboral remunerada a parte de su trabajo formal oficial. Probablemente por carecer de tiempo suficiente o adicional para atender paralelamente labores domésticas y los compromisos familiares habituales.

Realizar un trabajo extra al trabajo principal evidencia que el salario mensual no llena las expectativas de algunos. Condición que es indicio de deseo de superación en otros.

Ante un periodo de incapacidad queda un vacío en el presupuesto familiar del paciente. De igual forma, lo que ante un accidente, supone una desventaja, dado que a fin de calcular el pago del accidentado en concepto de incapacidad se toma en cuenta sólo una parte de su salario, no así lo correspondiente a trabajos extras como independiente.

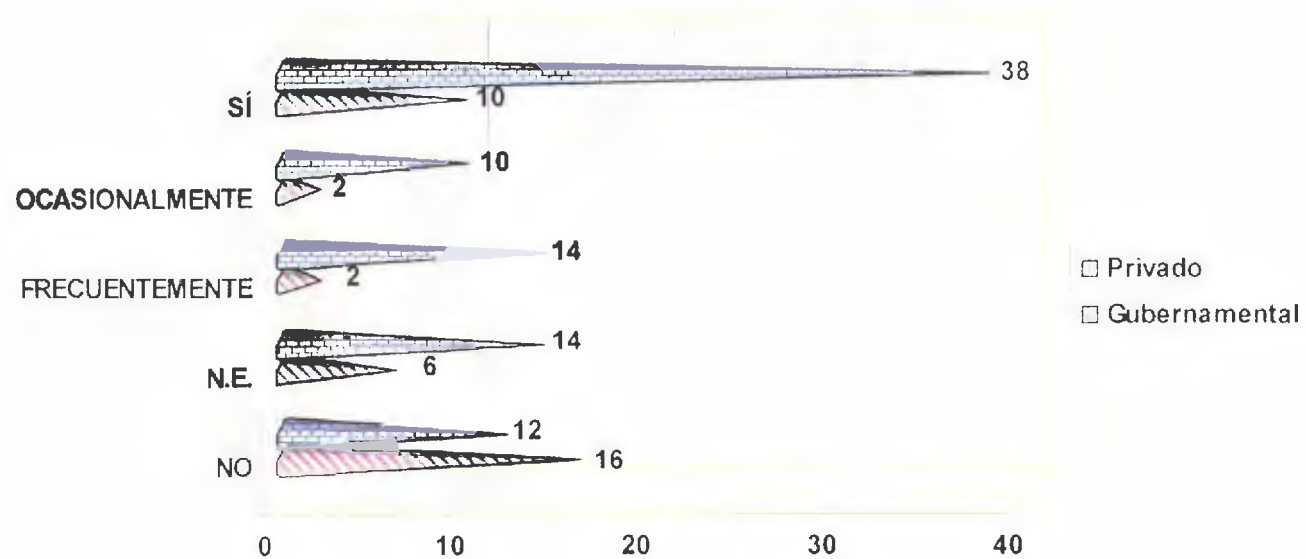
CUADRO N° 10.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SECTOR
DONDE LABORA, SEGÚN SI HACÍA "CAMARONES" ANTES DEL
ACCIDENTE: Año 2007.

HACÍA CAMARONES ANTES DEL ACCIDENTE	PACIENTES ENCUESTADOS				
	TOTAL	SECTOR DONDE LABORA			
		GUBERNAMENTAL		PRIVADO	
		Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>26</u>	34,2	<u>50</u>	65,8
SI	<u>48</u>	<u>10</u>	20,8	<u>38</u>	79,2
OCASIONALMENTE	12	2	4,2	10	20,8
FRECUENTEMENTE	16	2	4,2	14	29,2
NE	20	6	12,0	14	29,2
NO	28	16	57,1	12	42,9

%: Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N°10: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SECTOR
LABORAL, SEGÚN SI HACÍA "CAMARONES" ANTES DEL
ACCIDENTE: AÑO 2007



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°10

El cuadro N° 10 revela una tendencia superior de los empleados del sector privado a llevar a cabo trabajos adicionales. Del grupo encuestado, 50 pacientes laboran en una entidad privada y 26 en entidades gubernamentales. El sector gobierno reportó menos personas con el hábito de realizar dichos trabajos complementarios.

El ejecutar otra labor adicional es señal de desear tener mejores oportunidades. Los datos estadísticos de este cuadro nos hacen reflexionar sobre la tenacidad de diversas personas que en algún momento se ingeniaron para conseguir otra actividad laboral.

Podríamos suponer que se trata de personas como muchos compromisos por tener familias numerosas que tienen su cheque comprometido con diferentes descuentos.

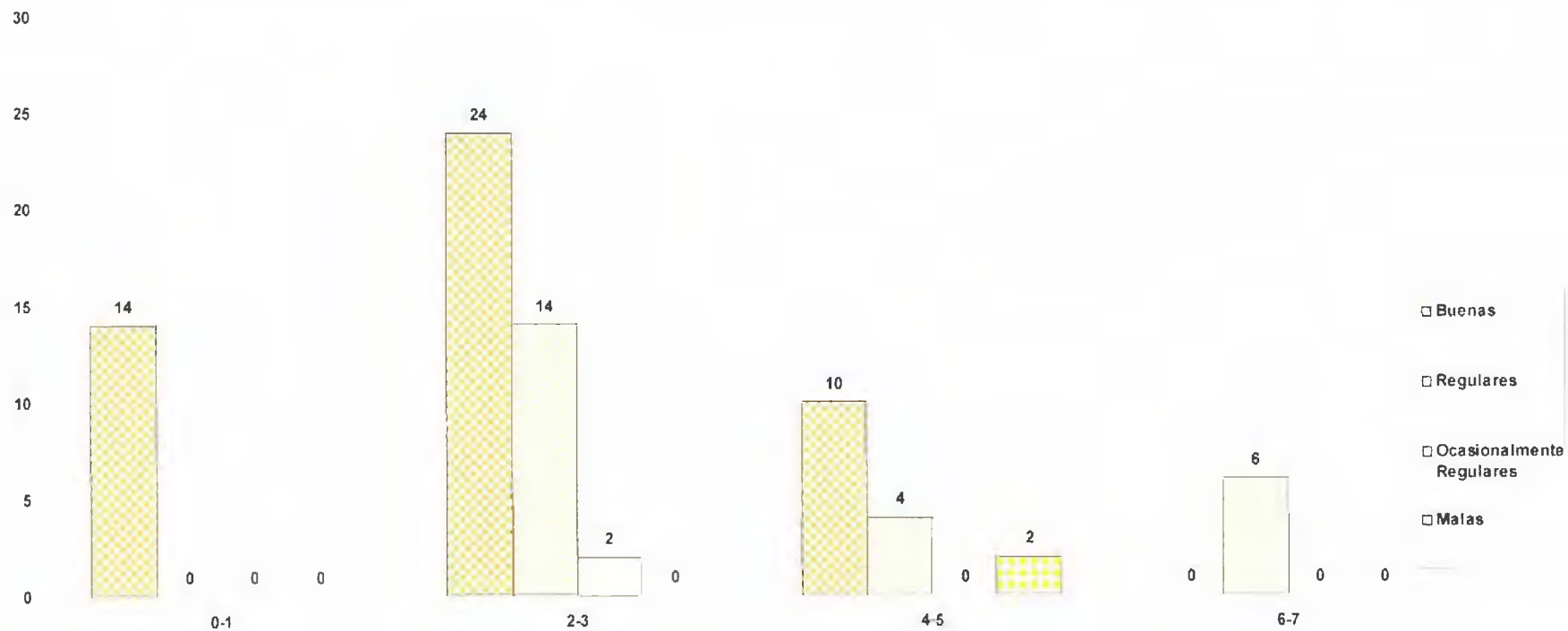
CUADRO N° 11.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR TIPO DE RELACIONES
FAMILIARES POST ACCIDENTE, SEGÚN NÚMERO DE
DEPENDIENTES: Año 2007.

NÚMERO DE DEPENDIENTES	PACIENTES ENCUESTADOS					
	TOTAL	RELACIONES FAMILIARES POST ACCIDENTE				
		BUENAS		REGULARES	OCASIONALMENTE REGULARES	MALAS
		Núm.	%			
TOTAL	76	48	63,2	24	2	2
0-1	14	14	18,4	0	0	0
2-3	40	24	31,6	14	2	0
4-5	16	10	13,2	4	0	2
6-7	6	0	0,0	6	0	0

%: Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N°11: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR TIPO DE RELACIONES FAMILIARES POST ACCIDENTE, SEGÚN NÚMERO DE DEPENDIENTES: AÑO 2007



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°11

El cuadro N° 11 señala como son las relaciones familiares post-accidente de los pacientes con sus parientes; si son buenas, regulares o malas.

De 76 personas encuestadas, 48 dijeron que sus relaciones familiares eran buenas; 24 contestaron que eran regulares; dos que eran ocasionalmente regulares y otras dos contestaron que eran malas.

Ante estas situaciones difíciles que generan problemas socioeconómicos se revela un cuadro aceptable. La mayoría de los grupos familiares tienen relaciones hogareñas buenas. Deducimos de esta información que la familia se mantuvo unida, con relaciones de solidaridad y colaboración posterior al accidente dado que no se reflejan grandes resultados negativos.

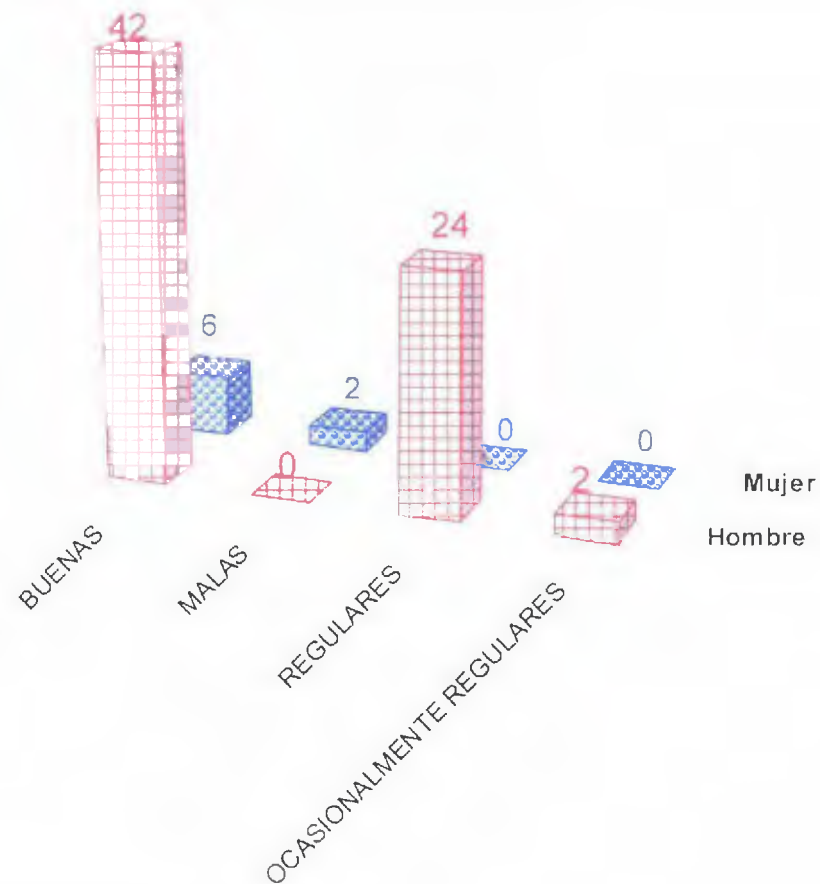
CUADRO N° 12.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO, SEGÚN SUS RELACIONES
FAMILIARES POST ACCIDENTE: Año 2007.

RELACIONES FAMILIARES POST ACCIDENTE	PACIENTES		ENCUESTADOS			
	NÚMERO	PORCENTAJE	HOMBRE		MUJER	
			Núm.	Porcentaje	Núm.	Porcentaje
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>68</u>	<u>100,0</u>	<u>8</u>	<u>100,0</u>
BUENAS	48	63,2	42	61,8	6	75,0
MALAS	2	2,6	0	0,0	2	25,0
REGULARES	24	31,6	24	35,3	0	0,0
OCASIONALMENTE REGULARES	2	2,6	2	2,9	0	0,0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna dentro del respectivo sexo.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N° 12: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO, SEGÚN SUS RELACIONES FAMILIARES POST ACCIDENTE: Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°12

El cuadro N° 12 refleja información sobre las relaciones familiares post-accidentes. Es grato conocer que 48 personas dentro de su grupo familiar tengan buenas relaciones hogareñas. Esto es muy positivo ya que el asegurado y su grupo familiar confrontan innumerables situaciones de desorganización e inestabilidad causadas por la pérdida de la salud de uno de sus miembros, ausencia de su ingreso fijo y otras implicaciones que emergen al respecto. Lo antes citado tiende a causar problemas concatenados que deterioran enormemente la relación familiar.

Un total de 24 asegurados y su grupo familiar sostuvieron relaciones familiares regulares. Esto lo atribuimos a la inestabilidad económica de estas personas para quienes se dilata su único ingreso familiar o uno de los ingresos principales de la familia, lo que interfiere con el estilo de vida acostumbrado.

Un dato importante señala que en dos grupos familiares del sexo femenino las relaciones familiares son malas. Esto conduce a inferir que no tienen apoyo suficiente de su grupo familiar como para enfrentar la crisis con los recursos de su entorno.

CUADRO N° 13.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SECTOR DONDE
LABORA, SEGÚN FRECUENCIA DE ATRASO EN EL PAGO DE LUZ,
AGUA, TELÉFONO: Año 2007.

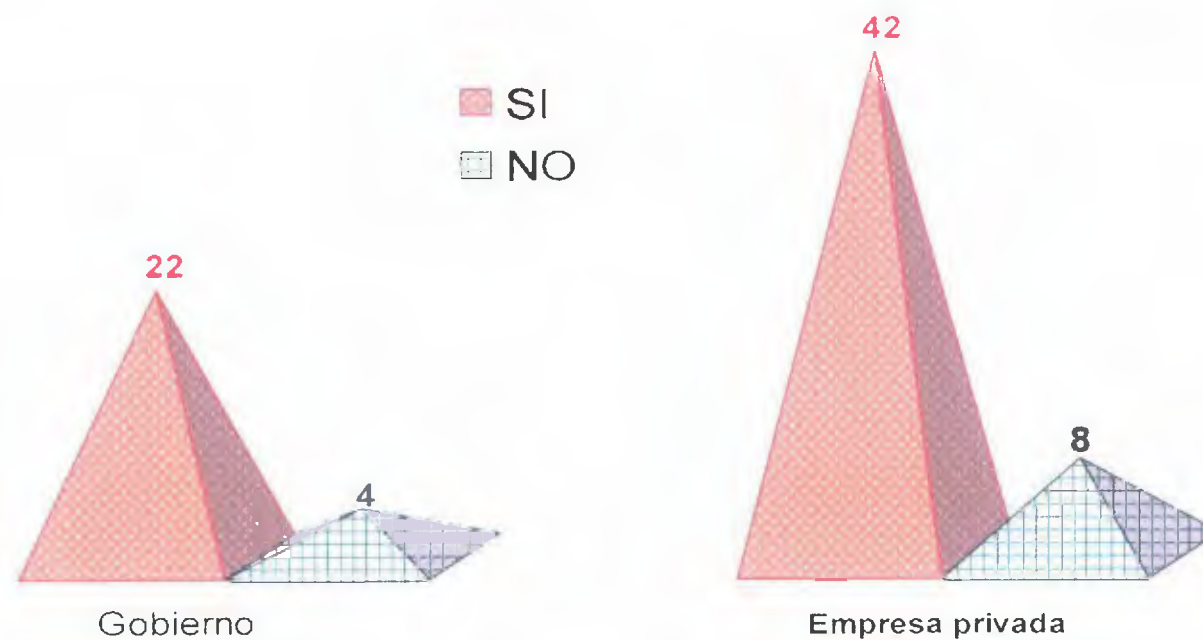
SE HA ATRASADO EN EL PAGO DE LUZ, AGUA, TELÉFONO	PACIENTES		ENCUESTADOS			
	NÚMERO	PORCENTAJE	SECTOR DONDE LABORA			
			GUBERNAMENTAL		PRIVADO	
			Núm.	Porcentaje	Núm.	Porcentaje
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>26</u>	<u>100,0</u>	<u>50</u>	<u>100,0</u>
SI	<u>64</u>	<u>84,2</u>	<u>22</u>	<u>84,6</u>	<u>42</u>	<u>84</u>
Muy poco	18	23,7	4	15,4	14	28,0
Frecuentemente	42	55,3	18	69,2	24	48,0
Demasiado	4	5,3	0	0,0	4	8,0
NO	12	15,8	4	15,4	8	16,0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N° 13: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SECTOR DONDE LABORA, SEGÚN FRECUENCIA DE ATRASO EN EL PAGO DE LUZ, AGUA, TELÉFONO: Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°13

En el cuadro N° 13 se investiga a la muestra con respecto al atraso en el pago de luz, agua y teléfono. De 50 personas que laboran en el sector privado, 42 expresaron que sí se atrasaron en el pago de estas deudas, y sólo ocho dijeron que no. Con relación a 26 personas que laboran en entidades públicas; 22 dijeron que sí se atrasan en el pago de las deudas (luz, agua y teléfono) y sólo cuatro dijeron que no.

Inferimos que el sector público no revela más atrasos en los pagos citados debido a que a nivel gubernamental existen departamentos de Trabajo Social o Bienestar del Empleado preocupados por ayudar a las personas incapacitadas. Estos profesionales de acuerdo a las posibilidades de la institución colaboran con el paciente y sus dependientes. Lo más significativo en esta área es que 18 casos de estos pacientes se afectaron de manera frecuente, o sea que esta situación pudo haber representado algún grado de preocupación para el afectado, retrasando su recuperación.

Unas 42 familias se atrasaron frecuentemente en los pagos señalados, lo que deja de manifiesto una acumulación de por lo menos dos meses de tales compromisos.

En cuanto a otro de los ítems mencionados, 18 personas se demoraron poco en sus pagos, lo cual representa una buena señal en la mejora y tranquilidad de una persona incapacitada, considerando lo repentino de un accidente y sus consecuencias dispares.

Otro dato revela que cuatro familias se atrasaron demasiado en sus respectivos pagos, hecho que revela un retraso importante y aparentemente inusual en el cumplimiento de sus responsabilidades.

El atraso en pagos de los recibos enunciados, puede asociarse a la ausencia del salario quincenal del asegurado, puesto que en la primera o segunda quincena tienen la opción de saldar los mismos, a fin de no ser imputados con intereses adicionales a la deuda.

CUADRO N° 14.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR FRECUENCIA DE AYUDA ECONÓMICA FAMILIAR,
SEGÚN ATRASO EN EL PAGO DE SERVICIOS BÁSICOS: Año 2007.

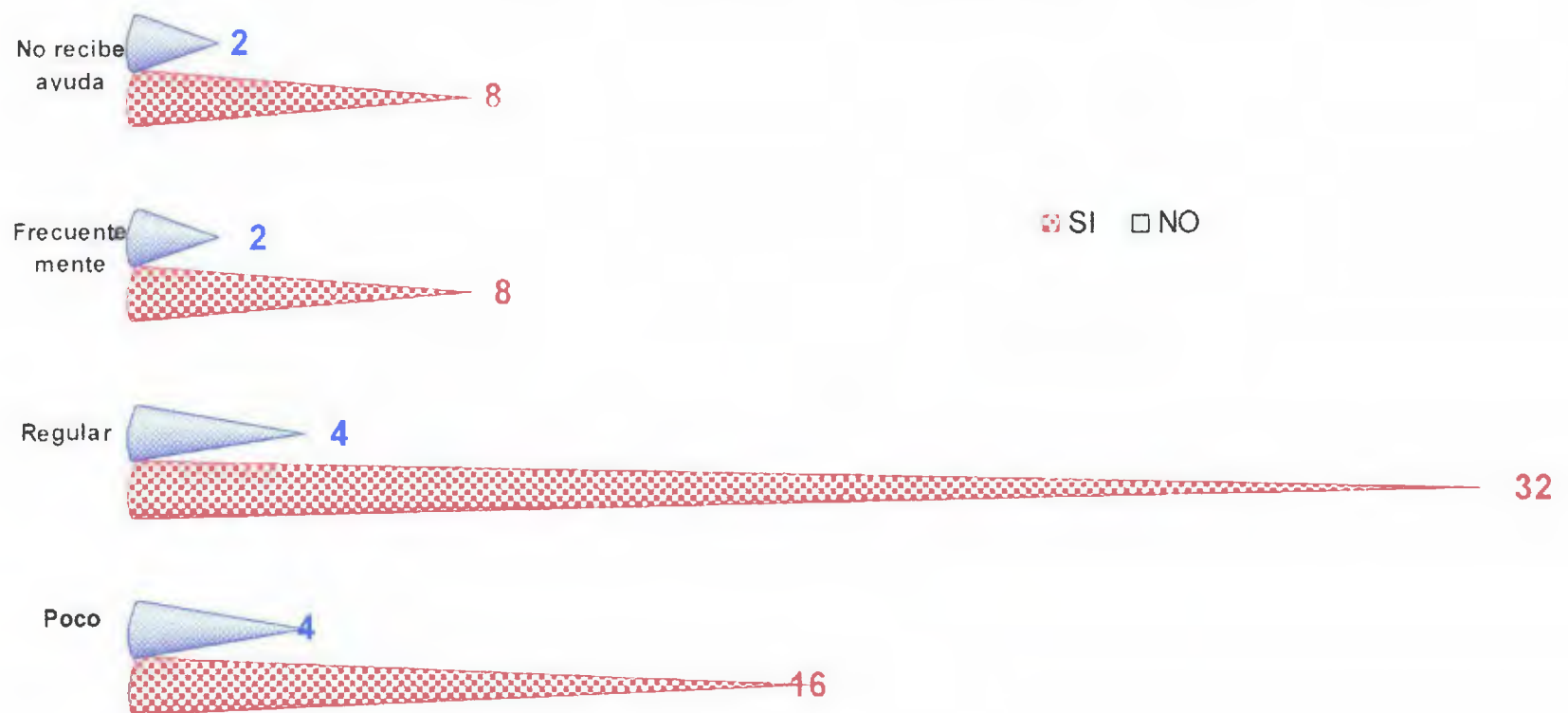
SE HA ATRASADO EN EL PAGO DE SERVICIOS BÁSICOS	PACIENTES ENCUESTADOS							
	NÚMERO	PORCENTAJE	HA RECIBIDO AYUDA ECONÓMICA DE FAMILIRES O AMIGOS					
			SÍ					NO
			Núm.	%	Poco	Regular	Frecuentemente	
TOTAL	76	100.0	66	86,8	20	36	10	10
SI	64	84,2	56	73,6	16	32	8	8
MUY POCO	42	55,3	36	47,3	10	24	2	6
DEMASIADO	4	5,3	4	5,2	2	2		
NE	18	23,7	16	21,0	4	6	6	2
NO	12	15,8	10	13,2	4	4	2	2

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N° 14: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR FRECUENCIA DE AYUDA
ECONÓMICA FAMILIAR, SEGÚN ATRASO EN EL PAGO DE SERVICIOS BÁSICOS: AÑO 2007



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°14

En el cuadro N° 14 se evidencia que de los 76 pacientes encuestados, 64 recibieron ayuda económica de sus familiares o amigos, y 12 no obtuvieron esta ayuda. La experiencia ha demostrado que en la medida en que el paciente reciba ayuda de familiares, podrá suplir modestamente sus necesidades, a pesar de la ausencia de su ingreso acostumbrado.

Lo expuesto no es más que una evidencia de solidaridad, sensibilidad entre familias en tiempo socioeconómicos difíciles para ayudar a la población de sus congéneres de menos recursos. Aunque hay también casos de insolvencia económica e indigencia en algunos miembros muy cercanos al paciente y les es casi imposible auxiliar a sus parientes enfermos en convalecencia.

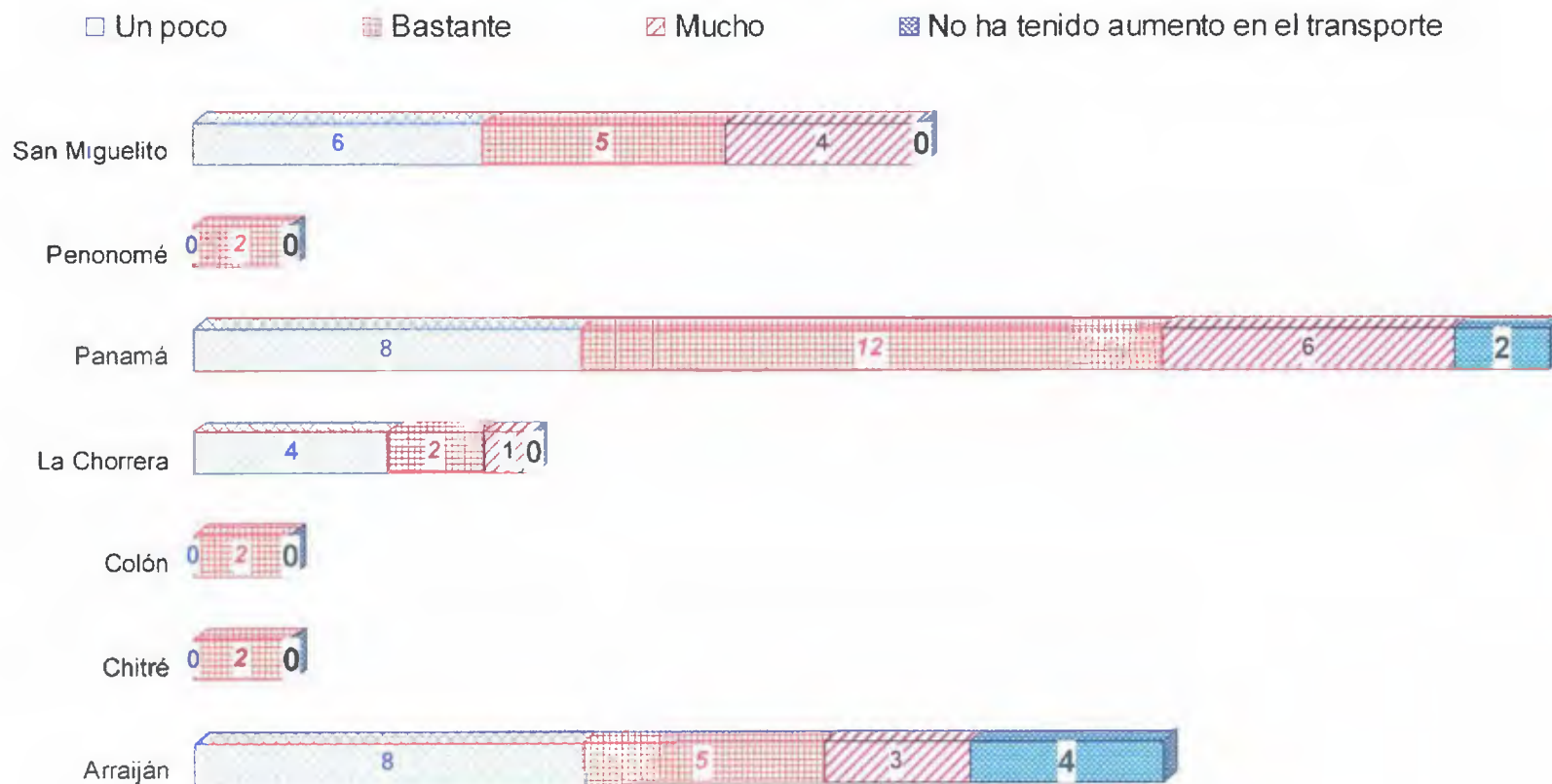
CUADRO N° 15.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR AUMENTO DE GASTO EN
TRANSPORTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE, SEGÚN DISTRITO
DE RESIDENCIA: Año 2007.

DISTRITO DE RESIDENCIA	PACIENTES ENCUESTADOS						
	TOTAL	AUMENTO DEL GASTO EN TRANSPORTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE					
		SI					NO
		Núm.	%	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
TOTAL	76	70	92,1	26	30	14	6
Arraiján	20	16	21,1	8	5	3	4
Chitré	2	2	2,6	0	2	0	0
Colón	2	2	2,6	0	2	0	0
La Chorrera	7	7	9,2	4	2	1	0
Panamá	28	26	34,2	8	12	6	2
Penonomé	2	2	2,6	0	2	0	0
San Miguelito	15	15	19,7	6	5	4	0

%; Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N° 15: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR AUMENTO DE GASTO EN TRANSPORTE DESPUÉS DEL ACCIDENTE, SEGÚN DISTRITO DE RESIDENCIA: Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°15

En el cuadro N° 15 se nota el aumento del gasto en transporte de los accidentados después del accidente sufrido. Un total de 70 personas manifestaron que si tuvieron incrementos en el gasto por concepto de pasaje y seis dijeron que no.

De los pacientes incapacitados que reportaron mayores gastos, 28 son de la ciudad de Panamá, 20 del Distrito de Arraiján, 15 del Distrito de San Miguelito, siete de La Chorrera y los demás, de Chitré, Colón y Penonomé con dos pacientes de cada Distrito.

En cuanto al aumento en el gasto en este renglón después del accidente concluimos que algunos pacientes con limitaciones importantes para deambular tuvieron que utilizar transporte selectivo debido a la fractura sufrida.

Otros asegurados expresaron que requieren compañía de familiares, ya que por su lesión, en miembros superiores o inferiores del cuerpo, se dificultaba su traslado en autobús.

Cuando la fractura se ubica en miembros inferiores, se requiere la compañía de algún familiar para apoyarlo en su movilización. Tal fractura limita su manejo de documentos y sus destrezas en su nuevo y cotidiano ambiente de constantes trámites.

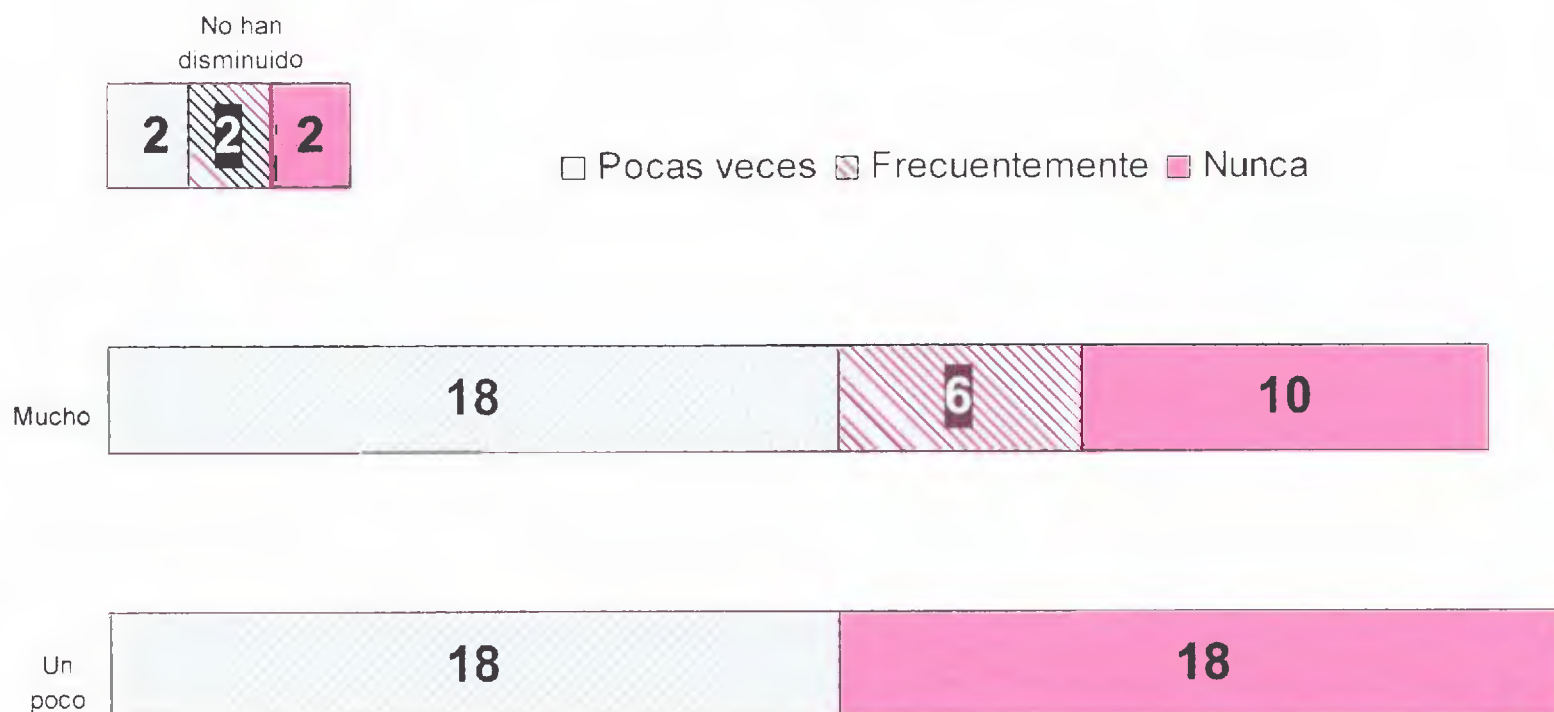
Particularmente los que reciben terapia física tres veces por semana por ejemplo. Mientras más lejos viva el afectado más problemas tendrá con el servicio de transporte y le será más costoso. Los afectados afirman que en horas de la tarde existen menos dificultades, pero por lo general las citas médicas en el C.H.M.Dr.A.A.M. son de 7:00 a.m a 12:00 m.d.

CUADRO N° 16
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR DISMINUCIÓN EN GASTOS
EN ALIMENTACIÓN, SEGÚN FRECUENCIA EN INVERSIÓN DE DINERO
ADICIONAL EN GASTOS DE SALUD: Año 2007.

HA TENIDO QUE INVERTIR DINERO ADICIONAL POR MOTIVOS DE SALUD	PACIENTES ENTREVISTADOS						
	NÚMERO	PORCENTAJE	HAN DISMINUIDO SUS GASTOS EN ALIMENTACIÓN				
			SI				NO
			TOTAL	%	UN POCO	MUCHO	
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>70</u>	92,1	<u>36</u>	<u>34</u>	<u>6</u>
Pocas veces	38	50,0	36	47,3	18	18	2
Frecuentemente	8	10,5	6	7,9		6	2
Nunca	30	39,5	28	36,8	18	10	2

Fuente: La autora.

GRÁFICA N° 16: PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR DISMINUCION EN GASTOS DE ALIMENTACIÓN, SEGÚN FRECUENCIA EN INVERSIÓN DE DINERO ADICIONAL EN GASTOS DE SALUD: AÑO 2007



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°16

En el cuadro N° 16 se muestra que de los 76 pacientes encuestados, 70 manifiestan que sí han tenido disminución en sus gastos de alimentación, y 6 dijeron que no. Por otro lado, 46 pacientes declararon que invirtieron dinero adicional por motivos de salud; esto supone comprar muletas, algunos medicamentos que no posee la C.S.S. y demás artículos ortopédicos que puede requerir el paciente con prontitud y que por otros medios sería demorado adquirirlos. El Programa de Riesgos Profesionales debe proveerle al paciente todos los insumos requeridos, asociados al accidente de trabajo, pero en la práctica para que el asegurado los adquiera resulta demorado por los procesos administrativos correspondientes, que van de un mes, a mes y medio o más.

De la información recogida se intuye que los pacientes necesitan invertir algún dinero adicional propio para hacer frente a los nuevos gastos que se generan por otros desembolsos colaterales al accidente; situación que ocasiona en algunos casos una disminución en la compra de alimentos, en comparación con compras previas al infortunio laboral.

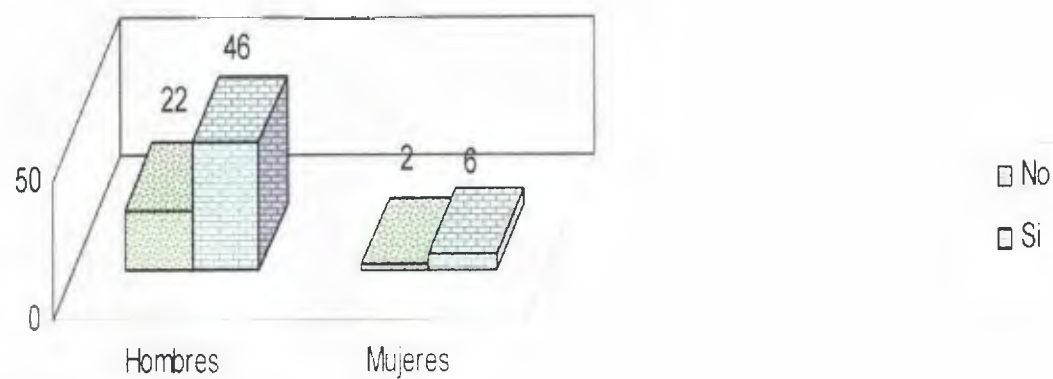
CUADRO N° 17
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO, SEGÚN SI CONSIDERA QUE LAS
IMPLICACIONES DE SU ACCIDENTE GUARDAN RELACIÓN CON LA DEMORA
DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL PROGRAMA DE
RIESGOS PROFESIONALES: Año 2007

IMPLICACIONES DE ACCIDENTES	PACIENTES ENCUESTADOS				
	TOTAL	HOMBRE		MUJER	
		Núm.	Porcentaje	Núm.	Porcentaje
TOTAL	<u>76</u>	<u>68</u>	100	<u>8</u>	100
SI	48	46	67,6	6	25,5
NO	28	22	32,4	2	75,0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna dentro del respectivo sexo.

Fuente: La autora.

GRÁFICA N°17
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO, SEGÚN SI CONSIDERA QUE LAS
IMPLICACIONES DE SU ACCIDENTE GUARDAN RELACION CON LA DEMORA DE
LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL PROGRAMA DE RIESGOS
PROFESIONALES: Año 2007.



FUENTE: ELABORADO CON DATOS DEL CUADRO N°17

El cuadro N° 17 recopila los datos en forma de números y textos, revela impresiones y manifestaciones; así como el sentir de las personas encuestadas. Es una síntesis de cada una de las implicaciones y situaciones mencionadas en detalle de toda la presentación de los cuadros y gráficas anteriores. Lo más sobresaliente es que indica las relevantes implicaciones del accidente de trabajo en la vida del asegurado y a su vez las replicas del mismo en los dependientes, familiares o grupo familiar.

Llama mucho la atención que 48 varones revelen implicaciones asociadas al accidente laboral porque un número plural de hombres son los que sostienen sus hogares, según reportan los datos previos de este estudio. Presumimos que la parte económica se vio afectada en diversos de estos hogares dejando posiblemente estáticos sus proyectos.

En el sexo femenino se destaca igualmente un número importante de implicaciones asociadas al accidente de trabajo; lo interpretamos como una inhibición de la planificación de una persona con compromisos personales, de familia y demás roles que simultáneamente ejerce un ser humano. Además se intuye que confrontaron un desequilibrio económico e inevitablemente cambios en su estilo de vida.

CONCLUSIONES

Conclusiones

- En un mundo tan moderno y cambiante como el nuestro, las personas deben tener la oportunidad de construir su proyecto de vida y ampliar sus opciones en base a : ***gozar de salud, conservar un empleo y ser protegido de forma adecuada por la Seguridad Social.*** Dentro de las implicaciones de un accidente de trabajo, uno de los fundamentos que ponderaron los entrevistados fue que la carencia de salud y de recursos económicos continuados dificulta la esperanza en un trabajador de mantener su estilo de vida o mejorarlo. Dado que un ingreso fijo semanal, o quincenal supone estabilidad para obtener alimentos, educación, vivienda y vestido.
- Por los resultados de los cuestionarios y entrevistas realizadas se observa que hombres y mujeres son vulnerables ante infortunios, por ende ha surgido un eslabón de instituciones, organizaciones y grupos con roles muy específicos para compensar las pérdidas de los seres humanos desfavorecidos. A las autoridades la Caja de Seguro Social les corresponde velar por la respuesta eficiente del Programa de Riesgos Profesionales, ya que ante un accidente de trabajo se desata una cadena de debilidades en las áreas insatisfechas en el asegurado y sus familiares o dependientes por no contar con su ingreso económico normal para suplir necesidades.
- La seguridad social a nivel mundial emerge de innovaciones de élites de la población preocupada por la vulnerabilidad de quienes producen para el área que les circunda. Sin embargo, no deja de preocupar lo expresado por la muestra acerca de lo dilatado de las prestaciones médicas y económicas cuando más urgen en sus hogares.
- Los asegurados víctimas de accidentes de trabajo se ven envueltos en un fenómeno que trasciende a la sociedad, dejando huellas indelebles en su persona y sus dependientes, por el abismo que supone esperar respuestas sin alternativas expeditas para individuos que se proyectaban como autosuficientes por la disponibilidad de un ingreso económico estable antes de accidentarse.

- Los procesos administrativos de la seguridad social en materia de Riesgos Profesionales son dilatados, por ende para el asegurado y sus familiares son situaciones ostensibles en interferencias con el nivel de vida acostumbrado.
- De acuerdo al análisis de los datos de esta investigación, la mayoría de los accidentados son varones, percibiéndose que los trabajos de éstos son más fuertes y peligrosos que los de las mujeres, por lo que implica mayores riesgos. La mayor cantidad de accidentados corresponde al sector privado. La fuerza laboral del sector gobierno asciende actualmente a 187,219 y la del sector privado a 437,668.
- Otro aspecto relevante obtenido de la investigación indica que los empleados del gobierno denotan insatisfacción por la demora en el pago de las incapacidades debido a los trámites administrativos establecidos; mientras que los del sector privado aducen que en las de ellos hay mayor rapidez por que son más expeditos los procesos, ya que su engranaje es ínfimo, comparado con el sector gobierno.
- No existe una cultura de ahorro en la mayoría de los asegurados que sufren un accidente laboral. Son mínimos los que son conscientes de que la vida, o un problema de salud no discrimina y afecta tanto a viejos como a jóvenes, en cualquier momento o lugar.
- Los cambios que está viviendo la humanidad, incluyendo nuestro país lo impactan todo; también a la familia. El entorno familiar juega un papel importante en la recuperación de una persona accidentada por motivos laborales, ya que asumen nuevos roles en beneficio mutuo. De acuerdo a esta investigación en repetidos casos, amas de casa, hijos, padres, hermanos, con nuevas funciones derivadas del accidente; se convierten en cuidadores, mediadores, facilitadores, investigadores, etc. Con la guía del personal de salud y todo el Programa de Riesgos Profesionales. En la mayoría de los casos evaluados el paciente tiene buenas relaciones familiares. La familia se mantiene unida, con relaciones de solidaridad y colaboración posterior al accidente de su familiar cercano.

- La vida económica y familiar de estas personas muestra una gran inestabilidad, dado que al momento de presentarse esta situación o problema surgen cambios en detrimento del hogar, ya que se dilata su ingreso familiar fijo e interfiere en aspectos diversos con el estilo de vida acostumbrado (disminución de comodidades, incremento del gasto en transporte, ausencia de recreación, retraso de compromisos económicos aunados a la elevación de intereses, entre otros).
- Lo anterior deja en evidencia que las hipótesis sometidas a pruebas fueron comprobadas en esta investigación; las mismas constituyen instrumentos poderosos para el avance del conocimiento, la toma de decisiones y en consecuencia para el beneficio de la población panameña.
- Por las críticas de la población entrevistada, se conoció que la actual estructura administrativa del Programa de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social no es la más apta. Algunos opinaron que se requieren de modelos de gestión gerencial más completos, de mejor calidad y eficientes.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones

*Se sugiere la revisión de los procesos administrativos en el Programa de Riesgos Profesionales, con más frecuencia, con vías a agilizar los procedimientos exigidos, en beneficio de los asegurados y dependientes.

*Se recomienda igualmente unificar los criterios a nivel de las diferentes Agencias Administrativas del Seguro Social, en cuanto al manejo de la documentación correcta en el proceso de Riesgos Profesionales; ya que de acuerdo a la población estudiada estas agencias se contradicen mutuamente sobre la documentación correcta presentada por el afectado; no hay un sólo criterio.

*Exhortamos a las autoridades de la institución estudiada a organizar campañas en el Departamento de Relaciones Públicas de la C.S.S, que capacite e ilustre a patronos de los sectores públicos y privado, en torno a la tramitación adecuada de un Accidente de Trabajo.

*Aconsejamos a los directivos de mando y jerarquía de la C.S.S, modernizar los equipos tecnológicos en las áreas de Riesgos Profesionales, a fin de que se agilice la atención al paciente.

*Recomendamos promover el ahorro en las familias panameñas, para que estén preparadas para las incertidumbres del futuro, y puedan afrontarlas positivamente.

*Sugerimos llevar a cabo campañas de concienciación a los diferentes grupos étnicos, para que al momento de formar una familia ambos cónyuges trabajen, de manera formal o informal; ya que hoy en día un sólo salario mínimo no cubre de manera solvente las necesidades de una familia. Un sólo ingreso hace proclive a la precariedad al trabajador y a sus dependientes.

*Proponemos a las autoridades del Seguro Social la capacitación de su recurso humano que ocupa cargos de jefaturas o direcciones en el área moderna de la administración a inscribirse en la Maestría Gerencia de Bienestar Social, a fin de que diferentes jerarquías dominen mejor el área de la administración amalgamadas con la parte social que hay detrás de un ser humano y su familia.

*Se recomienda establecer la presencia de un Agente de Seguridad Ocupacional, que ha propuesto el gobierno y la clase obrera, para vigilar los proyectos de construcción, a objeto de reducir la incidencia de los accidentes de trabajo.

*Se sugiere a las altas autoridades de la C.S.S introducir nuevos y mejores reglamentos de higiene y seguridad para los trabajadores, acordes con los cambios del entorno, a fin de reducir la incidencia de accidentes de trabajo.

*Es recomendable aplicar en el sector privado la vigilancia de manera integral de las normas de seguridad que atañen a los promotores o contratistas y a los empleados para que mutuamente acaten sus responsabilidades y las cumplan a cabalidad.

*Se recomienda estudiar la posibilidad de financiar estos servicios de salud del programa de Riesgos Profesionales por parte de nuestros entes creando así un intermediario entre el paciente y la C.S.S con el objetivo de hacer más expedito sus acciones y cancelaciones. Con un control continuo y eficiente de la Contraloría General de la República, de informes y auditorías clínicas.

*Se sugiere a la C.S.S desarrollar continuamente procesos de modernización dentro de esta rama de los Riesgos Profesionales para el mejoramiento de la calidad y atención a los usuarios; superando las debilidades encontradas y presentar nuevas propuestas para erradicarlas.

*Se recomienda a la C.S.S elaborar presupuestos cónsonos con la realidad de Riesgos Profesionales que garantice el recurso humano y material indispensable para coadyuvar con los pagos oportunos a los asegurados.

*Es aconsejable que la sociedad se interese más por sus otros miembros y por que se les ofrezca las garantías de calidad en los servicios que reciben. En la medida en que la familia panameña sea un poco más altruista y este mejor informada contaremos con una sociedad más justa y a su vez con autoridades que se preocupen por la igualdad de oportunidades de la ciudadanía. Justicia que se manifestará en trámites administrativos ejecutados con prontitud y esmero.

***Sugerimos considerar a los Gerentes Sociales como pilares indelebles en cargos de jerarquías de la Seguridad Social, con el fin de mejorar los procesos administrativos concatenados al programa de Riesgos Profesionales.**

***Recomendamos a la C.S.S. fortalecer los servicios del Programa de Riesgos Profesionales que actualmente lleva a cabo y/o permitir el desarrollo de servicios privados que coadyuven con este fin como es el caso del Consultorio de Asesoría en Materia del Fortalecimiento familiar de Pacientes de Riesgos Profesionales que aquí proponemos.**

PROPUESTA

PROPUESTA

Como profesionales de diversas áreas, dentro de diferentes roles que se asumen, cada persona guarda inquietudes en torno al bienestar individual y colectivo del país. En la actualidad y desde la perspectiva de la Gerencia Social somos conscientes de esta realidad, y por ende a este nivel de tal formación académica, estamos en condiciones de proponer:

-La creación de un “*Consultorio de Asesoría en materia del Fortalecimiento Familiar de Pacientes de Riesgos Profesionales*”.

Esta propuesta tendrá los objetivos, la misión, la visión, la meta y la justificación que a continuación anotamos:

OBJETIVO : Constituir un consultorio en materia de Riesgos Profesionales que rehabilite y capacite de manera integral a los pacientes y eduque a sus familiares referente a las implicaciones del accidente de trabajo.

MISIÓN: Impulsar el restablecimiento integral de los pacientes de riesgos profesionales a través del *Consultorio de Asesoría en materia del Fortalecimiento Familiar de Pacientes de Riesgos Profesionales*.

VISIÓN: Contribuir a que los pacientes de Riesgos Profesionales de la C.S.S que se incorporen al Consultorio superen su estado de desequilibrio, causado por un accidente de trabajo, en periodos relativamente cortos o de mediano plazo.

META: Lograr que pacientes accidentados con secuelas de un accidente laboral se puedan reinsertar a su ambiente laboral y familiar en condiciones favorables y en un mínimo lapso, con la colaboración del personal del Consultorio.

Las metas enunciadas son el elemento cuantificador y calificador de los propósitos de esta propuesta, ya que se identifica lo que se quiere alcanzar; de calidad es lo que se desea concretizar.

JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA: La crisis personal, familiar, y laboral de un número importante de pacientes incapacitados por el Programa de Riesgos Profesionales que no cuentan con los conocimientos, ni medios esenciales para confrontar las consecuencias inmediatas y futuras de un accidente de trabajo es merecedora de mayor atención y de respuestas de peritos, con la celeridad que los casos ameriten. Por ello nuestro interés en apoyar a esta población, que de no ser atendida como es debido representaría una debilidad para el país, en términos de convertirse de una fuerza de trabajo, a una carga para la colectividad. De tal manera que con la constitución de nuevos modelos gerenciales definidos aquí como consultorios sirvan para que la misión, visión, la meta y los objetivos planteados se conviertan en realidad.

RECURSOS HUMANOS QUE SE EMPLEARÁN EN EL CONSULTORIO. Es relevante contar con un grupo de recursos humanos holísticos en materia de Riesgos Profesionales, que representen una verdadera amalgama de técnicos y especialistas, en las diferentes fases del tratamiento del paciente. Posteriormente destacamos el recurso humano y sus principales funciones:

*La figura del Gerente Social es indispensable en esta unidad administrativa para planificar, administrar, dirigir, asesorar, controlar, coordinar presupuestos y comunicar las decisiones de la organización.

Entre otros profesionales a considerar tenemos los siguientes:

*Cinco Médicos: para la atención, curación, rehabilitación y reintegro de los pacientes a sus actividades diarias. Contaremos con un médico de Salud Ocupacional, a tiempo completo; de manera parcial tendremos Médicos de diversas especialidades como: un Ortopeda, un cirujano plástico, un oftalmólogo y un neurocirujano; para concretizar los aspectos de diagnósticos y tratamientos, cuando la dolencia del paciente así lo requiera.

*Un Trabajador Social: para contribuir con el tratamiento integral del paciente en el aspecto familiar, social, laboral y económico, de los que pudieran derivarse situaciones negativas para el asegurado y sus familiares o dependientes.

*Un Terapeuta Ocupacional: para colaborar con el proceso de recuperación de los pacientes, la reparación del daño físico y social del accidentado y su grupo familiar.

*Un Psicólogo: que se encargue de los aspectos emocionales del asegurado y de familiares.

*Una Enfermera: que atienda, cure y supervise la recuperación del paciente, que se percate de que el mismo siga las recomendaciones médicas.

*Una Auxiliar de enfermería: que apoye la intervención del médico, la enfermera y de otros profesionales si fuera necesario.

*Una Secretaria (Contable): Con funciones administrativas, las cuales emergen de la labor del equipo de trabajo. Llevar la contabilidad del negocio, en tanto el consultorio pueda contratar a un Contador.

*Un Trabajador Manual (Mensajero) : que se esmere por el orden y aseo del local y colabore con la mensajería de la oficina.

Todo el personal arriba enunciado tiene roles irremplazables en la recuperación y reintegración del paciente a su entorno cotidiano. Si fuera necesario, por el bien del *Consultorio de Asesoría en materia del Fortalecimiento Familiar de Pacientes de Riesgos Profesionales* el personal debe apoyar en la medida de sus posibilidades con funciones ajenas a su cargo.

RECURSOS MATERIALES: Se requerirá de mobiliario, útiles de oficina, insumos médicos, equipo tecnológico (un televisor sencillo, una computadora, una impresora, entre otros.), y artículos de aseo. Además, se necesita invertir en publicidad (entrega de volantes y anuncios publicitarios por Internet). Otros recursos materiales serán los correspondientes a servicios básicos como: teléfono, energía eléctrica y agua potable.

FINANCIAMIENTO: Este proyecto en su primer año de constitución tendría un costo de B/.187,820.00 dólares. El accionista mayoritario sería la parte médica, ya que se trata de una persona pensionada que solicitaría un préstamo de su cheque de pensión para realizar las primeras inversiones. Otros accionistas realizarían sus aportes por medios similares o utilizando activos líquidos personales o familiares.

PRESUPUESTO

Recursos	Costo
Local (alquiler)	4,800.00
Salarios (doce primeros meses)	149,520.00
Mobiliario	2,000.00
Insumos Médicos	22,000.00
Equipo Tecnológico	3,000.00
Mano de Obra (electricista, plomero)	500.00
Publicidad	2,000.00
Gastos Varios	4,000.00
Total	187,820.00

LOCALIZACIÓN FÍSICA: Se optará por un local en el área de Perejil, adyacente a la Avenida Central, en la planta baja del edificio para que el mismo se encuentre céntrico y accesible a los lesionados. El Horario de atención al público será: 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, y los días sábados se laboraría de 8:a.m. a 1:00 p.m. El inmueble a utilizar tendrá un área física para recepción, un cubículo para la consulta médica, un cuarto para atenciones de urgencia, servicio higiénico para damas y caballeros, y una fuente de energía de agua fría.

COBERTURA DE CLIENTES: Esperamos una cobertura de pacientes asegurados del área metropolitana y del interior del país. Se espera contar con un mayor volumen de pacientes del sexo masculino, por la tendencia observada en la investigación efectuada, de que este sexo reporta mayores accidentes de trabajo.

BENEFICIARIOS: La población en general; familia, sociedad, Estado y Seguridad Social, entre otros.

ESTRATEGIAS

-Promover comunicación sobre la labor que realizará el Consultorio para contar con una población creciente de personas con lesiones producidas por accidente de trabajo.

-Coadyuvar con las autoridades de la C.S.S. para la puesta en práctica de nuevos trámites, ágiles e inmediatos, para minimizar el tiempo de pago a los pacientes de Riesgos Profesionales.

TÁCTICAS

-Trabajar con sinergia en torno a la recuperación integral de los pacientes con secuelas de un accidente de trabajo.
-Aglutinar a diferentes profesionales en la recuperación de los pacientes accidentados, de manera oportuna.
-Repartir boletines, volantes, hojas de publicidad en las instalaciones de la C.S.S, en los Supermercados, Farmacias, Colegios, Iglesias, Asociaciones, etc. Para su difusión inmediata.

En síntesis, deseamos que esta unidad administrativa sirva de eslabón entre el asegurado y las implicaciones familiares que ocasiona un accidente laboral, que los técnicos y especialistas de Seguridad Social complementen mutuamente sus capacidades y contribuyan a la rehabilitación de los pacientes para su reincorporación al mundo laboral, tan cambiante y complejo.

También, este Consultorio servirá como un paradigma positivo para la Seguridad Social panameña; ser pioneros de las transformaciones que exige el futuro del Programa de Riesgos Profesionales. Por todo lo anotado, nuestra propuesta obedece a que urge una respuesta oportuna y eficiente que proteja a la familia panameña de la problemática identificada en este trabajo de graduación; la misma es de carácter privado.

Por los diversos puntos de vista que refleja la presente investigación, inferimos que la insatisfacción que demuestran usuarios de la Seguridad Social en el área de Riesgos Profesionales, se vislumbra que esta propuesta será completamente acogida por los mismos; con éxito total y con la factibilidad de que se generarán otros Consultorios similares en diversos sitios de la geografía nacional.

Bibliografía

ABADÍA, Carlos. El Seguro Social de Panamá. Panamá, República de Panamá. 2005.

ALBERS, Henry H. Principios de la Organización y Dirección. Teoría Moderna de la Administración. México, 1968.

ALCAIDE, Angel I. Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales. Segunda Edición. Ediciones Pirámide. 1979.

ALLEN Frances T. Principios Generales de Seguros. Edición en Inglés 1836, en español 1949 y la II Edición en Español en 1955. Impreso y Hecho en México.

ANDER EGG, Ezequiel; Aguilar Idáñez, María José. Cómo Elaborar un Proyecto. Editorial Lumen Humanitas. Argentina. 1996.

ANDER EGG, Ezequiel; Aguilar Idáñez, María José. Métodos y Técnicas de Investigación Social III. Editorial Lumen. Buenos Aires – México. 2000.

BARTLETT, Alton C. Cambio de la Conducta Organizacional. 1ª Edición. Editorial Trillas. México. 1980.

BENÍTEZ De Lugo Félix. Tratado de Seguros. Nueva Imprenta Radio S.A. Magallanes. 1942.

BERNAL, César Augusto. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Impreso en México. Pearson Education. 2006.

BERSON Mark L. y otros. Estadística para la Administración. Editorial Pearson Education. México. 2005.

BLANDON, Elizabeth, Políticas Sociales en el Sector Salud. Panamá. 2002.

CAJA DE SEGURO SOCIAL. Hablemos de la Seguridad Social Panameña. 2004.

CAJA DE SEGURO SOCIAL Hospital General. Departamento de Admisión de Pacientes. Estadísticas del año 2004-2006.

CAJA DE SEGURO SOCIAL. Ley Orgánica (Ley 51, diciembre 2005)

CAJA DE SEGURO SOCIAL. Manual de Organización del Servicio de Ortopedia y Traumatología. 2006.

CAJA DE SEGURO SOCIAL. Memoria 2002.

CHIAVENATO Idalberto. Gestión del Talento Humano. Editorial Mc. Graw Hill. Colombia. 2005.

CHIAVENATO Idalberto. Introducción a la Teoría de la Administración. 4 Edición. Santa Fe de Bogotá, 1998.

COLLERETTE, Piere. La Planificación del Cambio. Estrategias de Adaptación para la Organizaciones. 1ª Edición. Editorial Trillas. México. 1988.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Cifras Preliminares de la Encuesta de Hogares 2005-2006, agosto 2006. Dirección de Estadística y Censo.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Departamento de Establecimiento Directorio. 2002.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Panamá en Cifras. 2005.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Revista Anual. Año 2006.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Situación Social/Estadísticas del Trabajo. Volumen II. Empleo: Sectores Público y Privado, año 2006/Estadística Panameña. /Dirección de Estadística y Censo.

COULSHED Verónica. La Gestión del Trabajo Social. Editorial Paidós. Argentina. 1998.

ENTRENA, M^a Socorro; Hablamos de Pobreza. Impreso en Artes Gráficas. Madrid. 2004.

FÁBREGA Jorge P. Constitución Política de la República de Panamá; Reformada por el Acto Reformatorio de 1978 y constitucional de 1983. Editorial Jurídica Panameña 1992.

FERGUSON ERIC. La Seguridad Social. Panamá. 1990.

GARCÍA Rubén, Luis. La Caja de Seguro Social de Panamá en la Historia del Istmo. Panamá. 2004.

GILTON, Howard. Traducción, Margarita Cárdenas. Cómo Mejorar la Calidad y la Productividad con el Método Deming. Editorial Norma. 1989.

GUILLÓ P. La Familia: Estructura y Función de la Familia hoy. Convivencia y Conflicto. Saetees, Madrid. 1996.

GÓLCHER Ileana; Escriba y Sustente su Tesis. Metodología para la Investigación. Editorial Letras Panameñas. 2003.

HAMMER, Michael, James Champy. Reingeniería. Editorial Norma. Colombia. 1994.

HERNÁNDEZ Olegario de Prado y otros. Trasadores de Seguros, Incendios y Riesgos Diversos. Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid (COAM). Impresión: GRAFICINCO, S.A. Madrid. 1992.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto y otros. Metodología de la Investigación. 3^a. Ed. Editorial McGraw Hill. México. 2002.

HERRERA Ligia. Regiones de Desarrollo Socioeconómico de Panamá. Impreso en Panamá. 2003.

HOEL Paul G. Estadística Elemental. Edición Revolucionaria. Instituto Cubano del Libro. 1988

JACOBY, Henry. La Burocratización del Mundo: Una Contribución a la Historia del Problema. Primera Edición. México. 1972.

JIMÉNEZ Castro, Wilburg. Administración Pública para el Desarrollo Integral. Fondo de Cultura Económica. México. 1971.

JOFRÉ Vartanián Arturo. Enfoques Gerenciales. Ediciones Delphi de Costa Rica. Septiembre de 2000.

JOVANÉ Jaime, Rodríguez José Martín., Código de Trabajo Actualizado. Panamá, Leyes, Estatutos, etc. 1ª Edición Panamá. Editorial Nuevo Forum. 1996.

KOONTZ Harold. Curso de Administración Moderada: Un Análisis de las Funciones de la Administración. Impreso en Talleres Gráficos de Carvajal & Cía. Colombia. 1975. Pág.442.

KOONTZ Harold. Elementos de la Administración Moderna. España. 1996.

LOPEZ Ana Luisa; Pick Susan. Cómo Investigar en Ciencias Sociales. Editorial Trillas. México. 1994.

MAGEE John H. El Seguro de Vida. Editorial Hispano-América. 1964.

MAS Juan Carlos. Conceptos y Retos de la Seguridad Social. Ediciones Inés. Panamá. 2004.

MEJÍA Braulio. Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de salud. Cuarta Edición Ampliada. Ecoe Ediciones. Colombia. 2003.

MÉNDEZ, Carlos E. Metodología. Editorial Mc Graw Hill. Colombia. 1999.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. Políticas Públicas para el Desarrollo Integral: Desarrollo Social con Eficiencia Económica. Septiembre de 1994.

MORENO José Martin. Mizrachi Lalo Rina. Código de Trajo de la República de Panamá, Reformado. Tercera Edición, Editorial Mizrachi S. Pujol S.A. 1997.

MUNOZ RAZO, Carlos. Cómo Elaborar y Asesorar una Investigación de Tesis. México. Prentice Hall. 1998.

MUÑOZ María. Gerencia Social, una Propuesta para el Desarrollo, en “Gerencia Social. Una Alternativa para el Desarrollo Humano”. Cuadernos de Trabajo Social N° 3. CONAETS. Colombia. 1996.

NELSON CASTILLO, Ana. Ortografía Funcional. Imprenta Articsa. Tercera Edición. Reimpreso 2002.

OTALORA Gabriela, Sufrir. Editorial Monte Carmelo. 2003.

PADUA Jorge. Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales. El Colegio de México, el Fondo de Cultura Económica. México. 1996.

PARDINAS Felipe. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. 35ª Ed. México. Siglo XXI. 1998.

PITTMAN III, Momentos Decisivos. Tratamiento de Familias en Situaciones de Crisis. Paidós, Barcelona. 1995.

PNUD. Análisis Conjunto del País, Panamá. Sistema de Naciones Unidas, 2000.

QUINTERO de Mérida Melva Luz. La Seguridad Social en Panamá. Series Monográficas 18. Editorial Piensa S. A. Octubre de 1995.

ROCAMORA Alejandro. Un Enfermo en la Familia. Impreso en España. 2000.

ROSCOE Martin C. Administración Pública. Editorial Herrero Hermanos. México. 1967.

SMITH Edmud, Arthur. Teoría del Bienestar Social. Editorial Humanitas. Argentina. 1998.

STEVENSON William J. La Estadística para Administración y Economía. Impresora y Editora Latinoamericana S.A. México, agosto de 1997.

TREJOS, Eduardo. Educación y Desarrollo en América Latina. Impreso en Argentina.

ZUZA Francisco Javier. La Persona con Discapacidad Grave. Editorial Sal Térrea. Impreso en España. 2000.

BOLETÍN

Boletín Informativo. Complejo Hospitalario Metropolitano. Dr. Arnulfo Arias Madrid. Visión Hospitalaria. Panamá. Abril de 2006.

DIARIO

Mi Diario. 13/7/ 2007. Las Construcciones Estarán Vigiladas. Panamá.

Panamá América. Editorial. 19/12/2007. Panamá.

DICCIONARIOS

-Diccionario de la Lengua Española, Cuarta Edición, Totalmente Revisada, Madrid, España, 1990.

-Diccionario del Trabajo Social. Segunda Edición, Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina. 1995.

-Diccionario Enciclopédico del Derecho Usual.

-Diccionario Enciclopédico Ilustrado Géminis, Primera Edición, Editora Géminis, 2001.

ENTREVISTAS

-Dr. Arthur Keith, Jefe de Riesgos Profesionales, entrevista efectuada el 4/1/2005.

-Dr. Ruiz Marcos, Jefe del Servicio de Ortopedia, entrevista efectuada el 3/10/2006.

GACETA OFICIAL

Gaceta Oficial N° 25,453 de 28 de diciembre de 2005. Decreto de Gabinete 123 de 2005.

INTERNET

www.monografia.com/trabajos11/conge/conge.shtml

www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/rrhh/conbassalo

SUPLEMENTO

-La Prensa. Ellas Virtual. 3/2/ 2006. Donaciones de Sangre. Panamá. 3 de febrero de 2006.

TESIS

CEDEÑO Diógenes F. Diagnóstico del Funcionamiento del Programa de Administración de la C.S.S y Alternativas para Mejorar su Eficiencia. II. 2004.

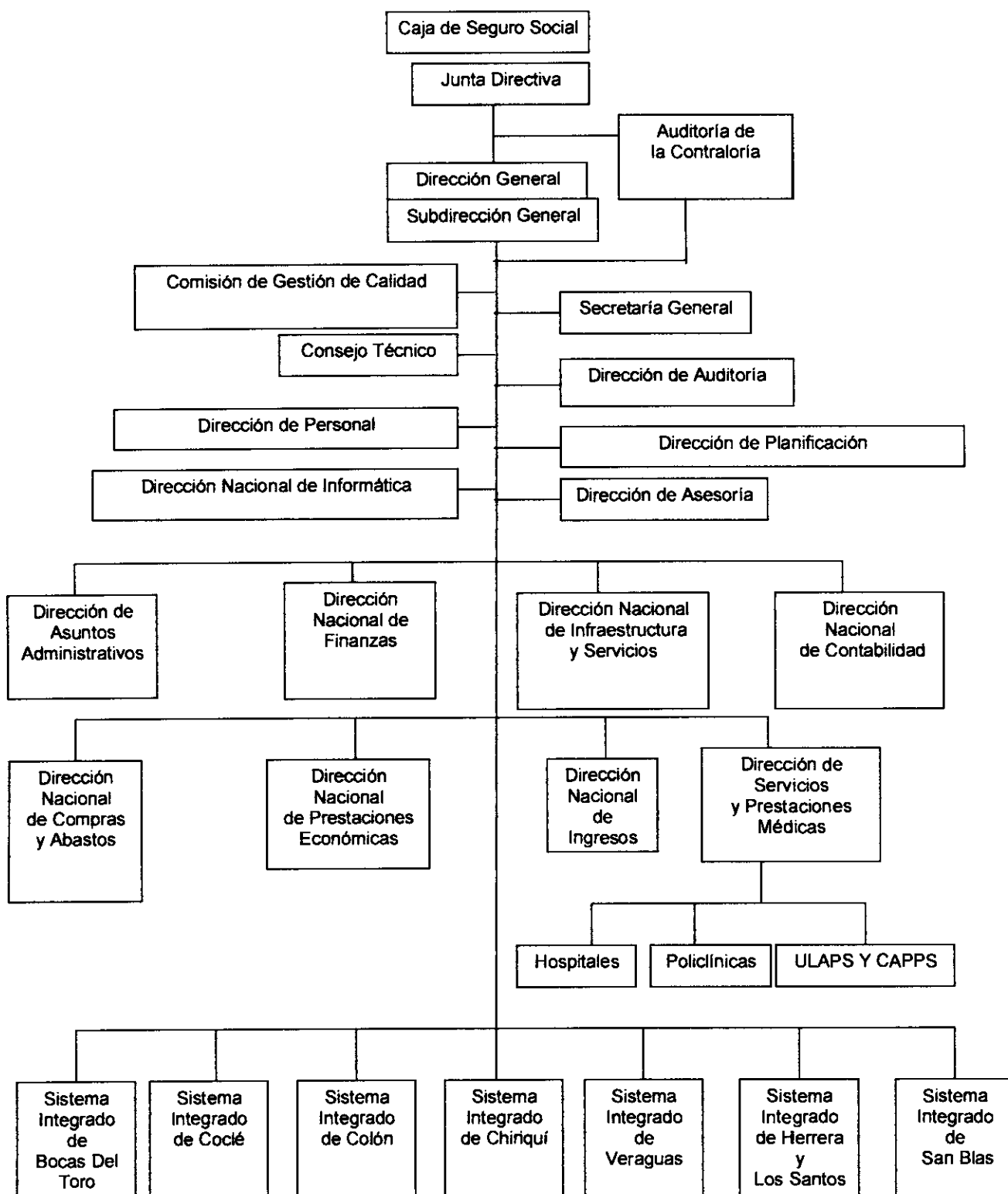
BRITO Ana M. Estudio Descriptivo Exploratorio de los Problemas Fundamentales que Confronta el Programa de Riesgos Profesionales Frente a la Reformas a la Seguridad Social en Panamá I. 2004.

GONZÁLEZ Neide Ines. Competencia y Procedimientos sobre los Problemas Ocasionados por Riesgos Profesionales. 2003.

LEIVA JOSÉ RODOLFO. “El Cúmulo de Responsabilidades por los Accidentes de Trabajo Imputables al Empleador. 2000.

ANEXOS

ANEXO 1 ORGANIGRAMA



Fuente: Dirección de Desarrollo Institucional. Año: 2006.

ANEXO 2

PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE Y PAGO DE LOS
SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTES
DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES N°164-95.

1. Patrono:

-Al ocurrirle un accidente o enfermedad profesional a uno de sus empleados.

1.1 Llenará y firmará el formulario denominado Informe Patronal de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (código 02-4105-27) (Anexo N°1) en original y tres (3) copias y entregará al asegurado una copia del mismo.

1.2 Adjuntará copia del Aviso de Entrada del Trabajador cuando este sea nuevo.

1.3 Deberá cumplir con el Artículo 65 del decreto de Gabinete N°68 del 31 de marzo de 1970 que señala lo siguiente: “El patrono o quien lo represente en la dirección de la empresa, está obligado a dar aviso a la Caja de Seguro Social dentro del término máximo de 48 (cuarenta y ocho horas de cualquier hecho que pueda constituir un riesgo profesional acaecido en su empresa. Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones impuestas por el Código de Trabajo”.

De no cumplir con lo mencionado anteriormente al patrono se le sancionará de acuerdo al Artículo 73 del Decreto de Gabinete N°68 y procederá según el Procedimiento para la aplicación y cobro de multas a patronos que no reportan los accidentes de trabajo dentro de las primeras 48 horas después de ocurrido el accidente, N°14-99

2. Asegurado Afectado:

-Al recibir copia del Informe Patronal de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional del Patrono.

2.1 Deberá cumplir con el Artículo 65 del Decreto de Gabinete N°68 del 31 de marzo de 1970 donde establece que: “el trabajador salvo fuerza mayor deberá dar aviso inmediato a su patrono sobre la ocurrencia del imprevisto. La víctima y en caso de muerte o impedimento de ésta sus allegados o causahabientes están facultados para elevar la denuncia del accidente a la Caja de Seguro Social siempre que se sospeche que el patrono ha omitido o demorado el cumplimiento de ésta obligación”.¹

¹ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

2.2 Adjuntará al informe la siguiente documentación:

- Copia de la Ficha de Comprobación de Salarios u último talonario de cheques si es empleado de gobierno.
- Certificado de Incapacidad (Anexo N° 2).
- Copia de la cédula y cané de Seguro Social.
- Nota de Exclusión de planilla (área del Canal de Panamá o entidad autónoma)
- Resuelto si es empleado del gobierno.
- Copia de boleta o parte policivo (si es accidente de tránsito).
- Desglose de salarios, si la diferencia es más de B/100.00 (cien balboas), en las dos últimas cuotas antes del accidente.

2.3 Entregará al Analista de Recibo de Riesgos Profesionales de las Agencias Metropolitanas:

3. Agencia de la C.S.S. en el área metropolitana:

Al recibir la documentación del asegurado:

3.1 Revisará y ordenará la misma.

3.2 Pasará por el reloj el Informe Patronal de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (I. P. A. T. E. O.) registrando hora y fecha de entrada de los documentos y firmará.

3.3 Constatará que la entrega de la documentación no incumpla con el Artículo 695 del Decreto de Gabinete N°68 del 31 de marzo de 1970

De estar todo correcto:

3.4 Entregará al asegurado un ticket con el número asignado y le indicará pasar al área de Recibo y Análisis de documentos.

3.5 Llamará por orden de llegada y verificará los datos del I. P. A. T. E. P. de la siguiente forma:

- Datos Personales
- Datos Laborales
- Datos de la Empresa
- Datos de control interno.²

² Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

3.6 Hará la verificación de la información del I.P.A.T.E.P. contra la documentación personal, colocando el sello de “Fiel copia de su original”.

3.7 Entrevistará al asegurado con relación a las circunstancias en que se suscitó el accidente.

Si la información difiere de las circunstancias en que ocurrió el accidente.

3.8 Llenará el formulario “Entrevista al Accidentado Asegurado de riesgos Profesionales” (Anexo N°3) realizando una entrevista más detallada.

Si la información cumple con todos los requisitos:

3.9 Sellará el I. P. A. T. E. P. con el logo de “Recibido”, anotando la fecha y firma del Funcionario que realiza la entrevista.

3.10 Evaluará los horarios, el total de horas de trabajo hasta que día y hora laboró si tiene turnos rotativos, etc.

3.11 Revisará si existe coherencia entre el diagnóstico y la mecánica del accidente.

3.12 Llenará el formulario “Entrevista al Asegurado” (Anexo N°4) y solicitará al asegurado que firme el formulario de conformidad.

3.13 Revisará y determinará si el o los casos requieren investigación (por presentar inconsistencia).

Si requiere investigación:

3.14 Llenará y firmará la Hoja de Trámite (Anexo N°5), dirigida ala Sección de Investigación (continuará según punto N°3.14).

Si los documentos apartados cumplen con los requisitos establecidos por los Reglamentos:

3.15 Recibirá todos los documentos sellando y firmando el I. P. A. T.

3.16 Recopilará los expedientes recibidos en el día y enviará mediante nota al Departamento de Seguridad Ocupacional.³

³ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado en Marzo de 1999.

Si los documentos no cumplen con los requisitos establecidos en los Reglamentos:

- 3.17 Devolverá al asegurado los documentos presentados (el mismo día) mediante el formulario “Devolución de Documentos” (Anexo N°6), donde se le indicará los documentos que le hacen falta, fecha y hora en que fue rechazado.

4. Secretaria del Departamento de Seguridad Ocupacional:

Al recibir los expedientes:

- 4.1 Revisará que lo recibido coincida con lo citado en la nota.

4.2 Firmará, anotará fecha y hora en la nota, y devolverá al Mensajero.

- 4.3 Entregará al Captador de Datos.

Al recibir los expedientes del Depto. De Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales, porque presentan alguna inconsistencia, ya sea para:

- Aclarar salarios (se enviará al Departamento de Cuentas Individuales)
- Ampliar investigación (se enviará a la Sección de Investigación)
- Corregir incapacidad (se enviará a la Policlínica que corresponda)
- Corregir errores de captación (se corrige inmediatamente en el Departamento)

- 4.4 Procederá según el punto N°9.

5. Captación de Datos del Departamento de Seguridad Ocupacional:

Al recibir los expedientes:

- 5.1 Captará en la Terminal la siguiente información:

- Datos generales del asegurado.
- Información establecida en el I. P. A. T. E. P.
- Periodo a pagar.
- Fecha de Ingreso.⁴

- 5.2 Constatará vía Terminal las condiciones de la empresa en cuanto al cumplimiento del pago de la Cuota Obrero – Empleador

⁴ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

(morosidad), además verificará que la prima reportada sea correcta, de no esta la anotará.

5.3 Asignará número de solicitud a través del programa.

Si la condición de la empresa es morosa o asegurado no inscrito:

5.4 Entregará al jefe de la Sección de Trámite y para que se procede según el Procedimiento para el Trámite de las Resoluciones por Artículo 42, N°191-97.

-Si la condición de la empresa es convenio de pago o juez ejecutor:

5.5 Colocará el selle “Verificación de Morosidad de Riesgos Profesionales”, anotando la condición y el mes que esta verificando firma y fecha.

5.6 Entregará los expedientes al jefe de la Sección de Trámite.

6. Jefe de la Sección de Trámite del Departamento de Seguridad Ocupacional:

Al recibir los informes:

6.1 Confirmará si los casos:

-Requieren investigación (por presentar inconsistencia).

-Si debe aplicar el artículo 42 del Decreto de Gabinete N°68 del 31 de marzo de 1970 (ya sea por morosidad o por omisión en la inscripción del trabajador).

-Si se ha recibido adecuadamente y cumple con todos los requisitos.⁵

Si requiere investigación:

6.2 Entregará al Captador de Datos este a su vez lo entregará a la Secretaría de investigación y procederá según el Procedimiento para la investigación de Accidentes, N°72-95.

Si no cuenta con el Aviso de Entrada del Trabajador o si se trata del Artículo 42 (morosidad o asegurado no inscrito):

6.3 Entregará los informes al funcionario Encargado de confeccionar la Certificación del Artículo 42 (Anexo N°7) y procederá según el Procedimiento para el Trámite de las Resoluciones por Artículo 42 N°191-97. Si cumple con todos los requisitos, se dará seguimiento.

⁵ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

6.4 Entregará los expedientes a la mecanógrafa.

Nota: En ausencia del Jefe de la Sección de Trámite realizará estas funciones el Analista de la Sección de Trámite.

7. Mecanógrafa de la Sección de Trámite del Departamento de Seguridad Ocupacional:

Al recibir los expedientes:

7.1 Revisará los documentos de manera general y buscará Certificados de incapacidad (continuación) en caso que no encuentren en el expediente.

7.2 Llenará la Tarjeta Control de incapacidades con el código 02-1126-27 (Anexo N°8) en los espacios correspondientes y entregará al Funcionario Encargado de la Sección de Trámite.

8. Funcionario Encargado de la Sección de Trámite del Departamento de Seguridad Ocupacional:

Al recibir los expedientes:

8.1 Evaluará que el caso cubra todos los requisitos planteados en el punto 2.1 y 2.2.

8.2 Revisará la información contenida en cada expediente, verificando que el formulario Registro de Firmas con Código 02-1130-27 (Anexo N°9) coincida con las firmas contenidas en el Informe Patronal de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional sean las autorizadas por la empresa.

Si todo está correcto:

8.3 Entregará al Captador de Datos.⁶

Si las firmas contenidas en el Informe Patronal de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional no son las autorizadas:

8.4 Confeccionará una nota explicando las causas de la devolución y enviará a la agencia correspondiente (para que comuniquen al asegurado y al patrono).

⁶Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Analizado en Marzo de 1999.

Nota: Para realizar los puntos 8.2 y 8.4 los cuales demoran un tiempo aproximado de cinco (5) días, de una manera más rápida, se requerirá de la instalación de una red que incluya un Programa en el que se pueda dar la revisión de las Firmas Autorizadas por la Empresa.

9. Captación de Datos del Departamento de seguridad Ocupacional:
Al recibir los expedientes:

9.1 Actualizará toda la información de los datos en el sistema, anotando el número de planilla con fecha probable de pago y enviará los expedientes hacia el Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

10. Control y Seguimiento del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:
Al recibir los expedientes:

10.1 Dará entrada por el sistema y entregará al Jefe de la Sección de Cálculo.

11. Jefatura de la Sección de Cálculo del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:
Al recibir los expedientes:

11.1 Registrará en libro y distribuirá los expedientes a los Analistas de Cálculo.

12. Analista de Cálculo del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:
Al recibir los expedientes:

12.1 Dará entrada a los expedientes por el sistema.

12.2 Revisará la documentación y verificará que se cumplan los requisitos establecidos en la Legislación Vigente de Riesgos Profesionales.⁷

12.3 Analizará y procederá al cálculo tomando en consideración:
*Fecha y hora de accidente.
*Primera atención Médica
*Horario de labores (días libres)
*Inicio de labores

⁷ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995.
Actualizado a marzo de 1999.

***Salarios**

***Informe de investigación**

***Incapacidad**

12.4 Llenará la Tarjeta de Pago de Incapacidades.

12.5 Adicionará los datos requeridos para el cálculo en el sistema.

12.6 Imprimirá, revisará y firmará la hoja de cálculos.

12.7 Emitirá el Primer Informe Borrador de la Planilla, que contiene la siguiente información:

***Nombre del Asegurado**

***Número de Seguro Social**

***Número de la Cédula de Identidad Personal**

***Número Patronal**

***Salario Mensual**

***Periodo a Pagar**

***Monto Bruto**

***Deducciones**

***Monto Neto**

12.8 Revisará las acciones realizadas, firmará el Primer Informe Borrador de la Planilla y lo entregará con los expedientes al Funcionario Encargado.

Si no procede el trámite por haberse omitido algún requisito:

12.9 Excluirá el caso, redactará nota de Devolución y entregará al Jefe de la Sección de Cálculo (Procederá según punto N°14.2).

13. Funcionario Encargado del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir los expedientes:

13.1 Revisará toda la documentación, requisitos y cálculo realizados por el analista.⁸

13.2 Firmará el Primer Informe Borrador de la Planilla y entregará al Jefe de la Sección, de estar todo correcto.

14. Jefe de la Sección de Cálculo del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir los expedientes, dará seguimiento.

⁸ Procedimiento N° 164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

14.1 Registrará en libro, firmará el Primer Informe Borrador de la Planilla y verificará el cumplimiento del tiempo del proceso en la Sección. (Punto N°14.3).

Al recibir los expedientes que no proceden por haberse omitido algún requisito:

14.2 Firmará la nota de devolución y entregará a la Jefatura del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales para su refrendo y envío al Departamento de Seguridad Ocupacional (Procederá según punto N°4.4).

Nota: Los casos que son devueltos al Departamento de Seguridad Ocupacional por haberse omitido algún requisito o por cualquier aclaración, ampliación o corrección y remitidos nuevamente por esta unidad al Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales, serán incluidos en un Lote Especial, el cual es utilizado para estos casos.

14.3 Entregará al Funcionario Encargado de Control y Seguimiento los expedientes y el primer Informe Borrador de la Planilla para su envío a Control Fiscal.

15. Control Fiscal:

Al recibir el Primer Borrador de la Planilla y los expedientes:

15.1 Realizará las pruebas de auditoría necesarias, verificará la documentación de manera que esté debidamente balanceadas, y de estar todo correcto, lo sellará y devolverá al departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

Si existe una inconsistencia:

15.2 Devolverá con las observaciones pertinentes al Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.⁹

16. Operador de Terminal del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

Al recibir por el sistema computarizado los expedientes y el Primer Informe Borrador de la Planilla:

16.1 Realizará las correcciones indicadas en los Informes a través del

⁹ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

sistema computarizado.

16.2 Excluirá los casos que no proceden, los entregará al Analista de Cálculo (para que redacte nota de devolución) y procederá según punto N°12.9.

16.3 Emitirá y firmará el Segundo Informe Borrador de la Planilla.

16.4 Entregará el Primer y Segundo Informe Borrador de la Planilla al Analista de Cálculo.

16.5 Colocará los expedientes para custodia hasta que concluya el trámite.

Nota: Los casos que son devueltos por Control Fiscal, por haberse omitido algún requisito o por cualquier aclaración, ampliación o corrección y remitidos nuevamente por esta unidad al Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales, serán incluidos también en el Lote Especial, el cual es utilizado para estos casos.

17. Analista de Cálculo del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir los Informes Borradores de la Planilla:

17.1 Verificará que los Informes Borradores coincidan con las correcciones realizadas por el Control Fiscal y firmará el Segundo Informe Borrador de la Planilla si todo está correcto.

17.2 Firmará y entregará los Informes Borradores de las Planillas (Primer y Segundo) al Jefe de la Sección de Cálculo.

18. Jefe de la sección de Cálculo

Al recibir los Informes Borradores de las Planillas (Primer y Segundo):

18.1 Verificará y firmará al Segundo Borrador de las Planillas.¹⁰

18.2 Registrará en el Libro Control y devolverá ambos informes al Operador de la Terminal.

¹⁰ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado el agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

19. Operador de Terminal del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir los Informes Borradores de las Planillas:

19.1 Registrará a través del sistema computarizado la salida de los Informes hacia Control Fiscal.

20. Control Fiscal:

Al recibir el Primer y Segundo Borrador de las Planillas:

20.1 Revisará que se hayan efectuado adecuadamente las correcciones realizadas en el Segundo Informe Borrador de las Planillas, sellará y firmará.

20.2 Devolverá al Operador de Terminal del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

21. Operador de la Terminal del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir por sistema y físicamente los Informes Borradores de Planilla auditados:

21.1 Revisará que los casos auditados coincidan con los citados en el Informe Borrador de Planilla.

21.2 Entregará al jefe de la Sección de Cálculo.

22. Jefatura de Cálculo del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir los Informes Borradores de las Planillas:

22.1 Ordenará los mismos por número de lote y fecha de pago, en grupos no mayores de (5) cinco lotes (cantidad máxima que contiene el Programa de Pago de Riesgos Profesionales) y entregará al Operador de la Terminal.¹¹

23. Operador de la Terminal del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

23.1 Sumará el total de casos y el total del monto bruto de cada planilla.

¹¹ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

23.2 Solicitará número de cheques vía telefónica al Depto. de Producción.

Una vez obtenido los números del Departamento de Producción:

23.3 Actualizará en el sistema computarizado los números de cheques y fechas de pago.

23.4 Anotará el número de lote y fecha probable de pago de las planillas.

23.5 Adicionará el total de casos y el total de monto de cada planilla, para obtener un número de trabajo (job).

Nota: JOB (trabajo), número que asigna el Programa Computarizado para el Pago de Riesgos Profesionales, luego de suministrarle un código para tal fin.

Al obtener el número de trabajo del sistema computarizado:

23.6 Revisará por pantalla la información de la planilla y la cotejará contra los Informes Borradores auditados.

23.7 Digitará su código para obtener del Programa de Pago de Riesgos Profesionales un nuevo número de trabajo para la emisión de los cheques.

Al obtener el nuevo número de trabajo:

23.8 Revisará vía Terminal que la cantidad de cheques coincida con la cantidad de casos trabajados en la planilla.

23.9 Anotará el número de trabajo de la planilla y el número de trabajo de los cheques.

23.10 Llamará vía telefónica al Departamento de Producción y le informará el número de trabajo de la planilla y el número de trabajo de los cheques.¹²

24. Operador de la Terminal de la Sección de Control del Departamento de Producción.

Al recibir a través del sistema computarizado el número de trabajo para la emisión de cheques:

¹² Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Con seccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

24.1 Revisará vía Terminal la información de los informes Borradores de las Planillas con el inicio y final de los números de cheques.

24.2 Llenará la “Orden de Trabajo para Listar Job” (Anexo N°10), donde anota:

*Número de Trabajo (Job)

*Nombre del Informe

*Cantidad de Copias

*Nombre de la Persona que solicita

*Fecha y hora.

24.3 Entregará la “Orden de Trabajo para Listar Job” a la Sección de Operaciones.

25.Funcionario de la Sección de Operaciones del Departamento de Producción:

Al recibir la “Orden de Trabajo para Listar Job”:

25.1 Llevará a cabo las indicaciones de la Orden de Trabajo.

25.2 Emitirá los cheques en original y (2) dos copias (amarilla y rosada) e imprimirá el Listado de la Planilla de Riesgos Profesionales en original y (7) siete copias, correspondiente a esa emisión.

25.3 Firmará la “Orden de Trabajo para Listar Job” en constancia de haber realizado la acción y enviará a la Sección de Control.

26.Funcionario de la Sección de Control del Departamento de Producción:

Al recibir los cheques en original y (2) dos copias y el Listado de la Planilla de Riesgos Profesionales en Original y (7) siete copias:

26.1 Revisará la cantidad de cheques y totales finales contra el Listado de la Planilla.¹³

Una vez revisada que toda la información está correcta.

26.2 Llenará el formulario “Utilización, Acta de Firma y Devolución de Cheques” con código 02-227-08(Anexo N°11).

¹³ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

26.3 Empacará los cheques, los listados y el acta, en cajas debidamente selladas o envolverá en papel Manila y enviará al Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales mediante la anotación en Libre Control.

27. Jefe de la Sección de Cálculo del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir el formulario “Utilización, Acta de Firma y Devolución de Cheques”, los cheques en original y (2) dos copias (amarilla y rosada) y la Planilla de los Cheques en original y (7) siete copias:

27.1 Firmará el Libro Control en constancia de haber recibido la documentación.

27.2 Revisará la cantidad de cheques y totales contra la información contenida en el Segundo Informe Borrador.

27.3 Adjuntará los Informes Borradores a las Planillas de los cheques.

27.4 Anotará en el Libro Control la siguiente información:

- *Número de Acta.

- *Secuencia numérica de los cheques impresos.

- *Cheques dañados y/o anulados.

- *Lote y fecha de pago de los Informes Borradores de Planillas correspondientes a los cheques emitidos.

27.5 Enviará a través de Mensajería los cheques, la Planilla de los Cheques y los Informes Borradores de las Planillas a Control Fiscal.¹⁴

28. Control Fiscal:

Al recibir todos los documentos mediante Libre Control:

28.1 Revisará toda la documentación y de estar todo correcto, sellará

la Planilla de Cheque y devolverá al Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

¹⁴ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

29. Jefe de la Sección de Cálculo del Depto. de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir toda la documentación:

29.1 Asignará a los Analistas de Cálculo los cheques, el Acta y la Planilla de Cheques para la firma de cheques.

Nota: El Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales custodia una llave de la Caja de Firma de Cheques.

28.2 Anotará en el Libro de Control la entrega de los cheques al Analista de Cálculo.

30. Analista de Cálculo del Departamento de Administración y contabilidad de Riesgos Profesionales:

Al recibir los cheques, la Planilla de Cheques y los Informes Borradores de la Planilla.

30.1 Firmará el Libro Control en constancia de haber recibido.

30.2 Solicitará la llave de la Caja de Firmas de Cheques al Funcionario Encargado de la Custodia de la Llave.

31. Funcionario Encargado de la Custodia de la Llave:

31.1 Solicitará que llene y firme el formulario "Control y Custodia de Llave de Firmas" (Anexo N°12), donde anotará:

*Fecha

*Hora

*Departamento Solicitante

*Cuenta Número

*Nombre y Firma del Funcionario

*Hora de la Devolución

*Nombre y Firma del Funcionario

Luego de haber efectuado lo anterior:

31.2 Entregará la llave correspondiente.¹⁵

32. Analista de Cálculo del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

¹⁵ Procedimiento N°164-95. Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

Al obtener la llave:

32.1 Se dirigirá junto al Operador de Máquina de Firma de Cheques y el Funcionario de control Fiscal al lugar donde se hace efectivo la firma de cheques.

32.2 Continuará según el Procedimiento para la firma de los cheques en el Edificio Bolívar, N°7-92.

Al haber concluido la firma de cheques.

32.3 Entregará copia del formulario Utilización, Acta de Firma y Devolución de Cheques a Control Fiscal (cuarto de firmas).

32.4 Regresará con los cheques a su respectivo departamento.

32.5 Agrupará los cheques y las Planillas por Agencia.

32.6 Distribuirá las copias de la siguiente manera:

- *Cheques originales con la copia rosada y dos (2) copias de las Planillas para las Agencias.

- * Copia amarilla de los cheques, copia de la Planilla y del formulario Utilización, Acta de Firma y Devolución de Cheques al Departamento de Contabilidad de Prestaciones Económicas.

- *Original del formulario utilización, Acta de Firma y Devolución de cheques y copia de la Planilla para Control Fiscal.

- *Copia del formulario Utilización, Acta de Firma y Devolución de Cheques y copia de la Planilla para el Departamento (de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales).

- *Copia de la Planilla para la Sección de Cálculo del Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

- *Copia de la Planilla junto a los expedientes al Departamento de Seguridad Ocupacional.

32.7 Anotará en el Libro Control su distribución y enviará a Archivos Generales las Planillas y cheques de las respectivas agencias.

32.8 Procederá según el Procedimiento para la recepción, custodia y entrega de los cheques de los diferentes programas en las Agencias de la Caja de Seguro Social N°65-99.¹⁶

¹⁶ Procedimiento N°164-95 Departamento de S y P – C.S.S. Confeccionado en agosto de 1995. Actualizado a marzo de 1999.

ANEXO 3
CAJA DE SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
CUESTIONARIO

OBJETIVOS: Identificar las implicaciones de los accidentes de trabajo en los asegurados con una incapacidad prolongada. Conocer si los procesos administrativos del Programa de Riesgos Profesionales producen demora en el pago de los asegurados.

Fecha de su accidente (Fecha de su primera incapacidad): -----

Edad:----- Sexo:-----

Estado Civil:-----

Número de dependientes:-----

Dónde reside:-----

Dónde labora: ----Sector Privado
 ----Sector Gubernamental

Indicaciones: Seleccione la respuesta que más se asemeja a su condición

1- ¿Cómo es el proceso administrativo del Programa de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social?

- a- Excelente
- b- Bueno
- c- Regular
- d- Malo
- e- Muy malo

¿Por qué?-----

2- ¿Cómo es el proceso administrativo de la Caja de Seguro Social, en cuanto al tiempo de trámite de las prestaciones económicas del Programa de Riesgos Profesionales?

- a- Corto
- b- Muy Corto
- c- Largo
- d- Muy largo
- e- Otros-----

¿Por qué?-----

3- ¿Cómo es el pago de incapacidades de parte del Seguro Social?

- a- Rápido
- b- Algunas veces es Rápido
- c- Demorado
- d- Algunas veces es Demorado
- e- Muy Demorado

¿Por qué?-----

4- ¿Cada qué tiempo recibe el pago de sus incapacidades?

- a- Mensual
- b- Cada mes y medio
- c- Cada 2 meses
- d- Cada tres meses
- e- Cada cuatro meses y más

5- ¿A su criterio, las implicaciones de su accidente guardan relación con la demora de los procesos administrativos del Programa de Riesgos Profesionales?

- a- Sí

¿Por qué?-----

- b- No

¿Por qué?-----

6- ¿Tenía dinero ahorrado cuando sufrió el accidente?

- a- Sí
- b- No

7- ¿Debe dinero, el cual solicitó después del accidente?

- a- Sí
- b- No

- a1- Debe poco dinero
- a2- Debe mucho dinero
- a3- Debe un parte de lo que pidió

8- ¿Alguien más trabaja dentro de su grupo familiar?

- a- Sí
- ¿Cuántas personas? -----

- b- No

- c- A veces

9- ¿Cómo retira su cheque de incapacidad?

- a- Acude sólo
- b- Va acompañado
- c- Inicialmente iba acompañado
- d- Alguien le cobra

Otros-----

10- ¿Previo al accidente realizaba camarones o trabajos adicionales además de trabajar para su jefe?

- a- Sí
- b- No
- c- Ocasionalmente
- d- Frecuentemente
- e- Otros-----

11- ¿Ha recibido apoyo económico de familiares, jefes, amigos u otros grupos?

- a- Sí
- b- No
- a1- Poco
- a2- Regular
- a3- Frecuentemente
- a4- Muy frecuentemente

12- ¿Cómo han sido las relaciones familiares después del accidente?

- a- Buenas
- b- Malas
- c- Regulares
- d- Ocasionalmente buenas
- e- Ocasionalmente regulares
- f- Ocasionalmente malas

13- ¿Se ha atrasado en el pago de: Luz, agua, teléfono?

- a- Sí
- b- No
- a1- Muy poco
- a2- Frecuentemente
- a3- Demasiado

14-¿Aumentó su gasto en transporte después del accidente?

- a-No
- b-Un poco
- c-Bastante
- d-Mucho
- e-Se mantiene igual
- f-Disminuyó

15-¿Ha tenido que invertir dinero adicional por motivos de salud a causa del accidente?

- a-Pocas Veces
- b-Frecuentemente
- c-Muy frecuentemente
- d-Nunca
- e-Otros-----

16- ¿Cómo considera sus gastos en alimentos, o sea, su supermercado (semanal, quincenal o mensual) después del accidente?

- a-No han disminuido
- b-Disminuyeron un poco
- c-Disminuyeron Mucho
- d-Mejoró
- Otros-----

ANEXO 4
CUADRO N° 18.

PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO Y ESTADO CONYUGAL, SEGÚN GRUPO DE EDAD: Año 2007.

GRUPO DE EDAD(años)	P A C I E N T E S												
	TOTAL		H O M B R E						M U J E R				
	NÚMERO	PORCENTAJE	Número	%	ESTADO CONYUGAL				Número	%	ESTADO CONYUGAL		
					casado	separado	soltaro	unido			casada	separada	unida
TOTAL	76	100,0	68	89,5	28	10	12	18	8	10,5	4	2	2
20-24	6	7,9	6	7.89	0	0	4	2	0	0,0	0	0	0
25-29	14	18,4	14	18.42	2	4	6	2	0	0,0	0	0	0
30-34	12	15,8	12	15.78	6	2	0	4	0	0,0	0	0	0
35-39	10	13,2	10	13.15	4	2	2	2	0	0,0	0	0	0
40-44	14	18,4	10	13.15	6	2	0	2	4	5.26	2	2	0
45-49	12	15,8	12	15.78	8	0	0	4	0	0,0	0	0	0
50-54	6	7,9	4	5.26	2	0	0	2	2	2.63	0	0	2
55-59	2	2,6	0	0,0	0	0	0	0	2	2.63	2	0	0

Porcentaja: Calculado En base an al total de columna.

?: Calculado En base an el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 19.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO,
SEGÚN ESTADO CONYUGAL: Año 2007.

ESTADO CONYUGAL	PACIENTES ENCUESTADOS					
	TOTAL		HOMBRE		MUJER	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>68</u>	<u>100,0</u>	<u>8</u>	<u>100,0</u>
casado	32	42,1	28	41,2	4	50,0
separado	12	15,8	10	14,7	2	25,0
soltero	12	15,8	12	17,6	0	0,0
unido	20	26,3	18	26,5	2	25,0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 20.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR NÚMERO DE
DEPENDIENTES, SEGÚN GRUPO DE EDAD: Año 2007.

GRUPO DE EDAD (años)	P A C I E N T E S E N C U E S T A D O S									
	TOTAL		NÚMERO DE DEPENDIENTES							
	Número	Porcentaje	0-1		2-3		4-5		6-7	
			Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	76	100	14	18,4	40	52,6	16	21,1	6	7,9
20-24	6	7,9	2	2,6	2	2,6	0	0,0	2	2,6
25-29	14	18,4	8	10,5	6	7,9	0	0,0	0	0,0
30-34	12	15,8	0	0,0	6	7,9	2	2,6	4	5,3
35-39	10	13,2	0	0,0	8	10,5	2	2,6	0	0,0
40-44	14	18,4	2	2,6	6	7,9	6	7,9	0	0,0
45-49	12	15,8	0	0,0	6	7,9	6	7,9	0	0,0
50-54	6	7,9	0	0,0	6	7,9	0	0,0	0	0,0
55-59	2	2,6	2	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 21.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SECTOR DONDE
LABORA, SEGÚN NÚMERO DE DEPENDIENTES: Año 2007.

NÚMERO DE DEPENDIENTES	PACIENTES ENCUESTADOS				
	TOTAL	SECTOR DONDE LABORA			
		GUBERNAMENTAL		PRIVADO	
		Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>26</u>	34,2	<u>50</u>	65,8
0-1	14	4	5,3	10	13.15
2-3	40	14	18,4	26	34.21
4-5	16	8	10,5	8	10,5
6-7	6	0	0,0	6	7,9

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 22.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SECTOR DONDE
LABORA, SEGÚN CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE RIESGOS PROFESIONALES:
Año 2007.

CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE RIESGOS	PACIENTES		ENCUESTADOS			
	NÚMERO	PORCENTAJE	SECTOR DONDE LABORA			
			GUBERNAMENTAL		PRIVADO	
			Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>26</u>	34,2	<u>50</u>	65,7
Excelente	2	2,6	0	0,0	2	2,63
Bueno	8	10,5	2	2,6	6	7,89
Regular	42	55,3	16	21,1	26	34,2
Malo	18	23,7	4	5,3	14	18,42
Muy malo	6	7,9	4	5,3	2	2,63

Porcentaje: Calculado en base en el total de renglón.

%: Calculado en base el total de columna.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 23.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR
SEXO, SEGÚN CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA
DE RIESGO PROFESIONALES: Año 2007.

CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE RIESGO	PACIENTES ENCUESTADOS				
	TOTAL	S E X O			
		HOMBRE	Porcentaje	MUJER	Porcentaje
TOTAL	<u>76</u>	<u>68</u>	<u>100,0</u>	<u>8</u>	<u>100,0</u>
Excelente	2	2	2,9	0	0,0
Bueno	8	8	11,8	0	0,0
Regular	42	36	52,9	6	75,0
Malo	18	16	23,5	2	25,0
Muy malo	6	6	8,8	0	0,0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 24.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE
RIESGO PROFESIONALES, SEGÚN DISTRITO DE RESIDENCIA: Año 2007.

DISTRITO DE RESIDENCIA	P A C I E N T E S E N C U E S T A D O S										
	TOTAL	CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE RIESGO									
		Excelente		Bueno		Regular		Malo		Muy malo	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	76	2	2,6	8	10,526	42	55,26	18	23,7	6	7,9
Arraiján	20	2	2,6	2	2,63	14	18,42	0	0	2	2,6
Chitré	2	0	0,0	0	0	0	0	2	2,63	0	0,0
Colón	2	0	0,0	0	0	2	2,63	0	0	0	0,0
La Chorrera	7	0	0,0	0	0	4	5,26	2	2,63	1	1,3
Panamá	28	0	0,0	4	5,26	18	23,68	4	5,26	2	2,6
Penonomé	2	0	0,0	0	0	0	0	2	2,63	0	0,0
San Miguelito	15	0	0,0	2	2,63	4	5,26	8	10,5	1	1,3

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO Nº 25.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE RIESGO PROFESIONALES,
SEGÚN NÚMERO DE DEPENDIENTES: Año 2007.

NÚMERO DE DEPENDIENTES	P A C I E N T E S E N C U E S T A D O S										
	TOTAL	CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE RIESGO									
		Excelente		Bueno		Regular		Malo		Muy malo	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	76	2	2,6	8	10,52632	42	55,26	18	23,7	6	7,9
0-1	14	0	0,0	2	2,63	4	5,26	6	7,89	2	2,6
2-3	40	2	2,6	4	5,26	24	31,57	8	10,5	2	2,6
4-5	16	0	0,0	2	2,63	12	15,78	0	0	2	2,6
6-7	6	0	0,0	0	0	2	2,63	4	5,26	0	0,0

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 26.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR NÚMERO DE DEPENDIENTES, SEGÚN SU
APRECIACIÓN SOBRE EL TIEMPO DE PAGO DE LOS CHEQUES DE INCAPACIDAD: Año 2007.

TIEMPO DE PAGO DE INCAPACIDADES	PACIENTES ENCUESTADOS									
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO DE DEPENDIENTES							
			0-1		2-3		4-5		6-7	
			Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>14</u>	18,4	<u>40</u>	52,6	<u>16</u>	21,1	<u>6</u>	7,9
Algunas veces rápido	4	5,3	0	0,0	0	0,0	2	2,6	2	2,6
Demorado	40	52,6	8	10,5	24	31,6	6	7,9	2	2,6
Algunas veces demorado	8	10,5	2	2,6	4	5,3	2	2,6	0	0,0
Muy demorado	24	31,6	4	5,3	12	15,8	6	7,9	2	2,6

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO Nº 27
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SU APRECIACIÓN DE LA FRECUENCIA EN EL
TIEMPO DE PAGO DE LOS CHEQUES DE INCAPACIDAD, SEGÚN DISTRITO DE RESIDENCIA: Año
2007.

DISTRITO DE RESIDENCIA	PACIENTES ENCUESTADOS								
	TOTAL	TIEMPO DE PAGO DE INCAPACIDADES							
		Algunas veces rápido		Demorado		Algunas veces demorado		Muy demorado	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>4</u>	5,3	<u>40</u>	52,6	<u>8</u>	10,5	<u>24</u>	31,6
Arraiján	20	2	2,6	8	10,5	4	5,3	6	7,9
Chitré	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,6
Colón	2	0	0,0	0	0,0	2	2,6	0	0,0
La Chorrera	7	0	0,0	6	7,9	0	0,0	1	1,3
Panamá	28	2	2,6	14	18,4	2	2,6	10	13,15
Penonomé	2	0	0,0	2	2,6	0	0,0	0	0,0
San Miguelito	15	0	0,0	10	13,2	0	0,0	5	6,6

%: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO Nº 28.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SU APRECIACIÓN DE LA FRECUENCIA EN EL
PAGO DE LOS CHEQUES DE INCAPACIDAD, SEGÚN EDAD: Año 2007.

EDAD (años)	PACIENTES ENCUESTADOS								
	TOTAL	TIEMPO DE PAGO DE INCAPACIDADES							
		Algunas veces rápido		Demorado		Algunas veces demorado		Muy demorado	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	76	4	5,3	40	52,6	8	10,5	24	31,6
20-24	6	0	0,0	4	5,3	0	0,0	2	2,6
25-29	14	0	0,0	6	7,9	2	2,6	6	7,9
30-34	12	2	2,6	8	10,5	2	2,6	0	0,0
35-39	10	0	0,0	2	2,6	2	2,6	6	7,9
40-44	14	0	0,0	6	7,9	0	0,0	8	10,5
45-49	12	2	2,6	6	7,9	2	2,6	2	2,6
50-54	6	0	0,0	6	7,9	0	0,0	0	0,0
55-59	2	0	0,0	2	2,6	0	0,0	0	0,0

Fuente: La autora.

CUADRO Nº 29.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO Y TENENCIA DE AHORROS AL
MOMENTO DEL ACCIDENTE, SEGÚN NÚMERO DE DEPENDIENTES: Año 2007.

NÚMERO DE DEPENDIENTES	P A C I E N T E S E N C U E S T A D O S										
	TOTAL	H O M B R E					M U J E R				
		TOTAL	SI	%	NO	%	TOTAL	SI	%	NO	%
TOTAL	76	68	18	26,5	50	73,5	8	2	25,0	6	75,0
0-1	14	12	4	5,3	8	10,5	2	2	2,6	0	0,0
2-3	40	36	12	15,8	24	31,6	4	0	0,0	4	5,3
4-5	16	14	2	2,6	12	15,8	2	0	0,0	2	2,6
6-7	6	6	0	0,0	6	7,9	0	0	0,0	0	0,0

%. Calculado en base en el total del renglón, dentro de cada sexo.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 30.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO Y TENENCIA DE DINERO
AHORRADO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE,
SEGÚN EDAD: Año 2007.

EDAD (años)	PACIENTES ENCUESTADOS								
	TOTAL	TENÍA DINERO AHORRADO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE							
		HOMBRE				MUJER			
		TOTAL	SI	%	NO	TOTAL	SI	%	NO
TOTAL	76	68	18	26,5	50	8	2	2,6	6
20-24	6	6	2	2,6	4	0	0	0,0	0
25-29	14	14	4	5,3	10	0	0	0,0	0
30-34	12	12	0	0,0	12	0	0	0,0	0
35-39	10	10	6	7,9	4	0	0	0,0	0
40-44	14	10	2	2,6	8	4	0	0,0	4
45-49	12	12	4	5,3	8	0	0	0,0	0
50-54	6	4	0	0,0	4	2	0	0,0	2
55-59	2	0	0	0,0	0	2	2	2,6	0

%: Calculado en base en el total del renglón, dentro de cada sexo.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 31.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR CONCEPTO,
SEGÚN EDAD: Año 2007.

EDAD (años)	P A C I E N T E S E N T R E V I S T A D O S						
	TOTAL	ALGUIEN MÁS TRABAJA DENTRO DE SU GRUPO FAMILIAR					
		SI		NO		A VECES	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>26</u>	34,2	<u>42</u>	55,3	<u>8</u>	10,5
20-24	6	2	2,6	4	5,3	0	0,0
25-29	14	6	7,9	6	7,9	2	2,6
30-34	12	0	0,0	12	15,8	0	0,0
35-39	10	6	7,9	4	5,3	0	0,0
40-44	14	4	5,3	10	13,2	0	0,0
45-49	12	4	5,3	2	2,6	6	7,9
50-54	6	2	2,6	4	5,3	0	0,0
55-59	2	2	2,6	0	0,0	0	0,0

%; Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 32.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR CONCEPTO, SEGÚN
NÚMERO DE DEPENDIENTES: Año 2007.

NÚMERO DE DEPENDIENTES	PACIENTES ENCUESTADOS						
	TOTAL	ALGUIEN MÁS TRABAJA DENTRO DE SU GRUPO FAMILIAR					
		SI		NO		A VECES	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	<u>76</u>	<u>26</u>	34,2	<u>42</u>	55,3	<u>8</u>	10,5
0-1	14	8	10,5	4	5,3	2	2,6
2-3	40	12	15,8	24	31,6	4	5,3
4-5	16	6	7,9	8	10,5	2	2,6
6-7	6	0	0,0	6	7,9	0	0,0

%: Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 33.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR CONCEPTO, SEGÚN
NÚMERO DE DEPENDIENTES: Año 2007.

NÚMERO DE DEPENDIENTES	PACIENTES ENCUESTADOS						
	TOTAL	HACÍA CAMARONES ANTES DEL ACCIDENTE					
		SI		OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	NE	NO
		Núm.	%				
TOTAL	<u>76</u>	<u>48</u>	63,2	<u>12</u>	<u>16</u>	<u>20</u>	<u>28</u>
0-1	14	6	7,9	0	2	4	8
2-3	40	22	28,9	4	8	10	18
4-5	16	14	18,4	6	4	4	2
6-7	6	6	7,9	2	2	2	0

%: Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 34.
NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SEXO,
SEGÚN SI HACÍA "CAMARONES" ANTES DEL ACCIDENTE: Año 2007.

HACÍA CAMARONES ANTES DEL ACCIDENTE	PACIENTES ENCUESTADOS				
	TOTAL	HOMBRE		MUJER	
		Núm.	Porcentaje	Núm.	Porcentaje
TOTAL	<u>76</u>	<u>68</u>	<u>100,0</u>	<u>8</u>	<u>100,0</u>
SI	<u>48</u>	<u>46</u>	<u>67,6</u>	<u>2</u>	<u>25,0</u>
OCASIONALMENTE	12	12	17,6	0	0,0
FRECUENTEMENTE	16	16	23,5	0	0,0
NE	20	18	26,5	2	25,0
NO	28	22	32,4	6	75,0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna dentro del respectivo sexo.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 36.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR TIPO DE PROBLEMA DE SUS DEPENDIENTES (ESCOLARES), SEGÚN
PROBLEMA LABORAL CONFRONTADO LUEGO DEL ACCIDENTE: Año 2007.

PROBLEMA LABORAL CONFRONTADO	PACIENTES ENTREVISTADOS								
	TOTAL		PROBLEMA DE SUS DEPENDIENTES QUE ESTUDIAN					Ninguno	NE
	Número	Porcentaje	TOTAL	Traslado de escuela privada a pública	Ausentismo	Bajo rendimient o académico	Fracas o escolar		
TOTAL <i>porcentaje</i>	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>28</u> <u>36,8</u>	<u>2</u> <u>2,6</u>	<u>8</u> <u>10,5</u>	<u>16</u> <u>21,1</u>	<u>2</u> <u>2,6</u>	<u>47</u> <u>61,8</u>	<u>1</u> <u>1,3</u>
Lo liquidaron	8	10,5	4	0	0	4	0	3	1
Lo trataron con indiferencia	2	2,6	0	0	0	0	0	2	0
Le han solicitado la renuncia	6	7,9	2	0	2	0	0	4	0
No tiene contacto con la empresa	26	34,2	14	0	2	10	2	12	0
NO	34	44,7	8	2	4	2	0	26	0

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

porcentaje: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 35.
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR SITUACIÓN DE RELACIONES
FAMILIARES POST ACCIDENTE, SEGÚN EDAD: Año 2007.

EDAD (años)	PACIENTES ENCUESTADOS								
	TOTAL	RELACIONES FAMILIARES POST ACCIDENTE							
		Buenas		Ocasionalmente regulares		Regulares		Malas	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
TOTAL	76	48	63,2	2	2,6	24	31,6	2	2,6
20-24	6	2	2,6	0	0,0	4	5,3	0	0,0
25-29	14	12	15,8	0	0,0	2	2,6	0	0,0
30-34	12	2	2,6	2	2,6	8	10,5	0	0,0
35-39	10	2	2,6	0	0,0	8	10,5	0	0,0
40-44	14	10	13,2	0	0,0	2	2,6	2	2,6
45-49	12	12	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50-54	6	6	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
55-59	2	2	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0

%: Calculado en base en el total del renglón.

Fuente: La autora.

CUADRO N° 37
PACIENTES ENCUESTADOS (AS) POR INVERSIÓN DE DINERO EN
RECREACIÓN, SEGÚN CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON SU VIVIENDA
LUEGO DEL ACCIDENTE: Año 2007.

CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON SU VIVIENDA	PACIENTES		ENCUESTADOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE	INVIERTE DINERO EN RECREACIÓN	
			OCASIONALMENTE	NO
TOTAL	<u>76</u>	<u>100,0</u>	<u>8</u>	<u>68</u>
<i>porcentaje</i>			10,5	89,5
Se mudó a donde otro familiar para que atendiera	6	7,9	0	6
Algún familiar se mudó a su residencia	4	5,3	0	4
Se atrasó en el pago de su vivienda hipotecada	12	15,8	0	12
Se atrasó en el pago de su vivienda alquilada	4	5,3	0	4
NE	50	65,8	8	42

Porcentaje: Calculado en base en el total de columna.

porcentaje: Calculado en base en el total de renglón.

Fuente: La autora.